SANCOR SEGUROS
DEL PARAGUAY S.A.

SANCOR SEGUROS DEL PARAGUAY S.A.
Carlos Jaitzman
Gerente General
FIRMA DIGITAL

Póliza de Seguro - Condiciones Particulares - Endoso

Cia.:	Sección / Sub-sección:	Póliza Nº:	Endoso Nº:
57	0404 (ACCIDENTES PERSONALES /A.P. DURANTE TRABAJO O ACTIVIDAD)	9543	1

Asegurado:	Documento:
SEGOVIA AZUCAS, NELSON FEDERICO	933.709-1

Domicilio	Localidad
CAP BRIZUELA C/ DOMINICANA N°577	ASUNCION - PARAGUAY

Emisión:	Vigencia Desde las 12:00hs del	Vigencia Hasta las 12:00hs del	Plazo en días	Capital Asegurado del Presente E
26/03/2024	23/03/2024	20/03/2025	362	462.000.000

ARTICULO NUEVO

Se hace constar por el presente endoso que a partir de la vigencia citada más arriba, se incluyen en las garantías de la póliza del rubro las siguientes personas:

Item	Asegurado	Doc. Nº	Fec.Nac.	Muerte Acc.	v.Tot./Par. t	Médica F.
4	AMARILLA JARA, ALBERTO MARTIN	2.846.963	4/03/1977	60.000.000	60.000.000	6.000.000
5	BAEZ, PALOMA	3.390.815	8/03/1992	60.000.000	60.000.000	6.000.000
6	BENITEZ CACERES, NATHALIA ARAMI	6.230.939	9/04/1997	60.000.000	60.000.000	6.000.000
7	GONZALEZ, ADRIAN	3.638.494	7/02/1983	60.000.000	60.000.000	6.000.000
8	MARTINEZ, NERI	2.238.219	6/05/1975	60.000.000	60.000.000	6.000.000
9	RODRIGUEZ, PABLO ANTONIO	3.472.153	4/01/1990	60.000.000	60.000.000	6.000.000
10	SILGUERO, GILBERTO	1.473.095	3/12/1970	60.000.000	60.000.000	6.000.000

Las Condiciones Particulares Especificas y las Generales Comunes que forman parte de ésta Póliza se encuentran a disposición en el siguiente apartado del sitio web de la empresa:
https://www.sancorseguros.com.py/condicionados/accidentespersonalesduranteeltrabajo-apot.pdf

MOTIVO: A PEDIDO DEL ASEGURADO/TOMADOR

Cuadro de Liq. del Costo Final Gs.	
Prima	1.896.025
I.V.A. s/Prima	189.603
Premio	2.085.628
Interés p/Finac.	93.884
I.V.A s/Interés	9.388
Costo del Finac.	103.272
Costo Final	2.188.900

Datos del Financiamiento

Monto financ. Gs.: 2.188.900

Cuota	Fecha	Monto Gs.
0	10/04/2024	199.400
1	05/05/2024	198.950
2	05/06/2024	198.950
3	05/07/2024	198.950
4	05/08/2024	198.950
5	05/09/2024	198.950
6	05/10/2024	198.950
7	05/11/2024	198.950
8	05/12/2024	198.950
9	05/01/2025	198.950
10	05/02/2025	198.950
Total		2.188.900

Emitido en ASUNCION, 26 de marzo de 2024
SANCOR SEGUROS DEL PARAGUAY S.A.

Carlos G. Jaitzman
Gerente General

Firmado Digitalmente
SANCOR SEGUROS DEL PARAGUAY S.A.

COBERTURA DE ASISTENCIA MEDICA FARMACÉUTICA

ARTÍCULO 1°) - RIESGOS CUBIERTOS:
Por medio de esta cláusula, de contratación optativa y adicional según se indique en las Condiciones Particulares, la Aseguradora reconocerá, por vía de reintegro exclusivamente presentando factura original, las Prestaciones en Especie (atención médico-farmacéutica) generadas por accidentes del Asegurado.
Los reintegros serán abonados aplicando el criterio de "Gastos Razonables y Acostumbrados" o "Médicamente Necesarios o De Necesidad Médica", según las definiciones que se transcriben a continuación:
Gastos Razonables y Acostumbrados: Significa un gasto que:
a) Es el usual que facturaría el proveedor de servicios médicos al Asegurado por un servicio igual o similar.
b) No excede el gasto usual facturado por la mayoría de los proveedores por el mismo servicio o similar servicio o suministro dentro de la zona geográfica en la que fue prestado el servicio.

Médicamente Necesarios o De Necesidad Médica: Significa una operación, procedimiento o tratamiento que:
a) Es apropiado y esencial.
b) No excede en alcance, duración, o intensidad del nivel de cuidado necesario para proporcionar un tratamiento seguro, adecuado y apropiado.
c) Ha sido prescripto por un Médico Especialista en la patología cubierta.
d) Es consistente con las normas profesionales ampliamente aceptadas en la práctica de la medicina en la República del Paraguay.
e) En el caso de un paciente internado en un hospital, sanatorio, clínica o centro médico, no puede ser administrado fuera de dicho ámbito, sin riesgos 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 prescripto, recomendado, aprobado o suministrado por un Médico no es necesariamente suficiente para considerarlo Medicamente Necesario.

ARTÍCULO 2°) - DEDUCIBLE:
Del importe a reintegrar la Aseguradora deducirá el monto indicado en las condiciones particulares. A los efectos de aplicar el deducible, se considerará que los gastos son atribuibles al mismo evento cuando exista una manifestación escrita en tal sentido por parte de un facultativo.

ARTÍCULO 3°) - DENUNCIA. PLAZO DE PRUEBA:
Ocurrido el hecho que diera origen a los gastos, el asegurado deberá denunciarlo siguiendo estas pautas:
a) En caso de accidente, es requisito indispensable que se realice el aviso del hecho en el término de las primeras veinticuatro (24) horas;
b) Dentro de las setenta y dos (72) horas de ocurrido el accidente se deberá enviar el "Formulario de denuncia", elaborado para tal fin, debidamente cumplimentado y acompañado de fotocopia del documento de identidad y oportunamente certificación de alta médica.

ARTÍCULO 4°) - RESTABLECIMIENTOS:
Esta cobertura quedará automáticamente restablecida para nuevos siniestros una vez consumido el 30 % de la suma máxima asegurada, obligándose el asegurado al pago de la prima sobre el monto que se restablece calculada a prorrata desde la fecha del siniestro que originó la reducción de la suma asegurada. Asimismo, se establece que la reposición de la suma asegurada se efectuará como máximo hasta dos veces el importe de la suma asegurada original para esta cláusula adicional de asistencia médico-farmacéutica. El premio de la rehabilitación será abonado de contado en una sola cuota.

ARTÍCULO 5°) - EXCLUSIONES:
Además de las exclusiones establecidas para la cobertura básica, se agregan las siguientes para esta cláusula adicional de Asistencia Médico-Farmacéutica:
a) Enfermedades Profesionales.
b) Preexistencia de enfermedades.
c) Alcoholismo y/o toxicomanía.
d) Prácticas experimentales.
e) Culpa grave del asegurado.
f) Prótesis y tratamientos dentales.
g) Aparatos ortopédicos (Compra o Alquiler).
h) Traslados, hotelería y otros gastos no autorizados por la Aseguradora.
i) Anteojos (cristales y armazones).
j) Órtesis.
k) Material descartable (de venta libre: vendas, agujas, jeringas, etc.).

PLURALIDAD DE SEGUROS:

El Asegurado deberá notificar sin dilación a cada Asegurador los seguros de Accidentes Personales y/o Accidentes Personales Aeronáuticos que tenga contratados o contrate en lo sucesivo, cuando en conjunto excedan la suma que a tal efecto conste en las Condiciones Particulares.

En caso de hallarse el Asegurado cubierto por un importe superior a dicha suma, sin conocimiento y aceptación expresa de los Aseguradores, éstos indemnizarán a prorrata de sus respectivas sumas aseguradas solamente hasta la suma a que se refiere el párrafo anterior, sin derecho del Asegurado a restitución de primas.

El Asegurado no tiene obligación de notificar los riesgos de Accidentes Personales que se cubran accesoriamente en otras ramas de seguros.

IN ITINERE

Contrariamente a lo establecido en la Cláusula 1 -Riesgo Cubierto de las Condiciones Específicas queda excluido todo pago o indemnización por parte de la Aseguradora en el caso de ocurrir una lesión, accidente, muerte, invalidez permanente o temporaria ocurrido en el "In Itinere", es decir, durante el trayecto del asegurado desde su domicilio hasta el lugar de trabajo.

CONDICIONES GENERALES COMUNES

CLÁUSULA 1 - LEY DE LAS PARTES CONTRATANTES:
Las partes contratantes se someten a las disposiciones contenidas en el Capítulo XXIV, Título II del Libro III del Código Civil y a las de la presente póliza.
Los derechos y obligaciones del Asegurado y del Asegurador que se mencionan con indicación de los respectivos artículos del Código Civil, deben entenderse como simples enunciaciones informativas del contenido esencial de la ley, la que rige en su integridad con las modalidades convenidas por las partes.

CLÁUSULA 2 - VENCIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN DEL ASEGURADOR:
El pago de la indemnización se hará dentro de los quince (15) días de notificado el siniestro, o de acompañada la información complementaria prevista para efectuarse la denuncia del siniestro (Art. 1591 C.C.).

CLÁUSULA 3 - RETICENCIA Y FALSA DECLARACIÓN:

Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si el Asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato.
El Asegurador debe impugnar el contrato dentro de los tres (3) meses de haber conocido la falsedad, omisión o reticencia (Art. 1549 C.C).
Cuando la reticencia no dolosa es alegada en el plazo del ARt. 1549 del Código Civil, el Asegurador puede pedir la nulidad del contrato restituyendo la prima percibida con deducción de los gastos, o reajustarla con la conformidad del Asegurado al verdadero estado del riesgo (Art. 1550 C.C.).
Si la reticencia fuese dolosa o de mala fe, el Asegurador tiene derecho a las primas de los períodos transcurridos y del período en cuyo transcurso invoque la reticencia o falsa declaración (Art. 1552 C.C).
En todos lo casos, si el siniestro ocurre durante el plazo para impugnar el Asegurador no adeuda prestación alguna (Art. 1553 C.C.).

CLAUSULA 4 - RESCISIÓN UNILATERAL:
Cualquiera de las partes tiene derecho a rescindir el presente contrato sin expresar causa.
Cuando el Asegurador ejerza este derecho, dará un preaviso no menor de quince (15) días. Cuando lo ejerza el Asegurado, la rescisión se producirá desde la fecha en que notifique fehacientemente esa decisión.
Cuando el seguro rija de doce a doce horas, la rescisión se computará desde la hora doce inmediata siguiente y en caso contrario desde la hora veinticuatro.
Si el Asegurador ejerce el derecho de rescindir, la prima se reducirá proporcionalmente por el plazo no corrido.
Si el Asegurador opta por la rescisión, el Asegurador tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido, según las tarifas de corto plazo (Art.1562 C.C.).

CLAUSULA 5 - PAGO DE LA PRIMA:
La prima es debida desde la celebración del contrato pero no exigible sino contra entrega de la póliza, salvo que se haya emitido un certificado o instrumento provisorio de cobertura (Art 1573 C.C.).
En todos los casos en que el Asegurado reciba indemnización por el daño o la pérdida, deberá pagar la prima íntegra (Art. 1574 C.C.).

CLAUSULA 6 - FACULTADES DEL PRODUCTOR O AGENTE:
El productor o Agente de seguros, cualquiera sea su vinculación con el Asegurador autorizado por éste para la mediación, sólo está facultado con respecto a las operaciones en las cuales interviene, para:

a) Recibir propuestas de celebración y modificación de contratos de seguros.
b) Entregar los instrumentos emitidos por el Asegurador, referente a contratos o sus prórrogas.
c) Aceptar el pago de la prima si se halla en posesión de un recibo del Asegurador.
Para representar al Asegurador en cualquier otra cuestión, debe hallarse facultado para actuar en su nombre (Arts. 1595 y 1596 C.C).

CLAUSULA 7 - VERIFICACIÓN DEL SINIESTRO:
En caso de fallecimiento del Asegurado, el Asegurador se reserva el derecho de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas de la muerte, debiendo los Beneficiarios prestar su conformidad y su concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones para realizarlas.
La autopsia o la exhumación deberán efectuarse con citación de los Beneficiarios, los que podrán designar un médico para representarlos. Todos los gastos que ellas motiven, serán por cuenta del Asegurador, excepto los derivados del nombramiento del médico representante de los Beneficiarios.
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.

CLAUSULA 8 - CADUCIDAD POR INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES Y CARGAS:
El incumplimiento de las obligaciones y cargas impuestas al Asegurado por la el Código Civil (salvo que se haya previsto otro efecto en la misma 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 al régimen previsto en el Art. 1579 del Código Civil.

CLAUSULA 9 - RESIDENCIA EN EL EXTRANJERO:

El Asegurado debe comunicar al Asegurador en forma fehaciente inmediata cuando fije su residencia en el extranjero.

CLÁUSULA 10 - DESIGNACION DEL BENEFICIARIO:
La designación del beneficiario se hará por escrito y es válido aunque se notifique al Asegurador después del evento previsto.
Designadas varias personas sin indicación de cuota parte, se entiende que el Beneficiario es por partes iguales.
Cuando se designe a los herederos, se entiende a los que por Ley suceden al Asegurado, si no hubiere otorgado testamento, si lo hubiere otorgado, se tendrá por designados a los herederos instituidos. Si no se fija cuota parte, el beneficio se distribuirá conforme a las cuotas hereditarias.
Cuando el contratante no designe Beneficiario, o por cualquier causa la designación se haga ineficaz o quede sin efecto, se entiende que designó a los herederos.

CLAUSULA 11 - CAMBIO DEL BENEFICIARIO:
El Asegurado podrá cambiar en cualquier momento el beneficiario designado. Para que el cambio de beneficiario surta efecto frente al Asegurador, es indispensable que éste sea debidamente notificado, Cuando la designación sea a título oneroso y el Asegurador conozca dicha circunstancia no se admitirá el cambio de beneficiario.
El Asegurador queda liberado si, actuando diligentemente, hubiera pagado la suma asegurada a los beneficiarios designados con anterioridad a la recepción de cualquier notificación que modificara esa designación.

CLÁUSULA 12 - VALUACIÓN POR PERITOS:
Si no hubiere acuerdo entre las partes, las consecuencias imdemnizables del accidente serán determinadas por dos médicos designados, uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los ocho (8) días de su designación, a un tercer facultativo para el caso de divergencia.
Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los treinta (30) días, y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de quince (15) días.
Si una de las partes omitiese designar médico dentro del octavo día de requerido por la otra, o si el tercer facultativo no fuere electo en el plazo establecido en el apartado anterior, la parte más diligente podrá requerir su nombramiento a la Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación u organismo oficial que corresponda.
Los honorarios y gastos de los médicos de las partes serán a su respectivo cargo, y los del tercero serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo, salvo en caso de equidistancia, en que se pagarán por mitades entre las partes.

CLÁUSULA 13 - DOMICILIO PARA DENUNCIAS Y DECLARACIONES:
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. 1530 C.C.).

CLAÚSULA 14 - CÓMPUTOS DE LOS PLAZOS:
Todos los plazos de días, indicados en la presente póliza, se computarán corridos salvo disposición expresa en contrario.

CLAÚSULA 15 - PRESCRIPCIÓN:
Las acciones fundadas en el presente contrato prescriben en el plazo de un año, computado desde que la correspondiente obligación es exigible y para el caso de muerte o invalidez, desde que el beneficiario haya conocido la existencia del beneficio, pero en ningún caso excederá de tres (3) años desde el acaecimiento del siniestro (Art. 666 C.C.).

CLAÚSULA 16 - PRORROGA DE LA JURISDICCIÓN:
Toda controversia judicial que se plantee en relación al presente contrato, será dirimida ante los tribunales ordinarios competentes de la jurisdicción del lugar de emisión de la póliza (Art. 1560 C.C.).

CONDICIONES PARTICULARES

CLÁUSULA 1 - RIESGO CUBIERTO:
El Asegurador se compromete al pago de indemnizaciones estipuladas en la presente póliza, en el caso de que la persona designada en la misma como Asegurado sufriera durante la vigencia del seguro, algún accidente que fuera la causa originaria de su muerte o invalidez permanente o temporaria, total o parcial, y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del mismo, de acuerdo con lo establecido en las Condiciones Particulares.

A los efectos de este seguro, se entiende por accidente toda lesión corporal que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad por la acción repentina y violenta de o con un agente externo **ocurrido en el ejercicio de su profesión o actividad, dentro del horario y ámbitos habituales de tareas donde se desempeña, declaradas en la solicitud de seguro, incluido el in itínere.**

Se considera también como accidente: la asfixia o intoxicación por vapores o gases, la asfixia por inmersión u obstrucción en el aparato respiratorio que no provenga de enfermedad, la intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado consumidos en lugares públicos o adquiridos en mal estado, las quemaduras de todo tipo producidas por cualquier agente, salvo lo dispuesto en la Cláusula 5, Inciso b), el carbunclo, tétanos u otras infecciones microbianas o intoxicaciones cuando sean de origen traumático, rabia, luxaciones articulares y distensiones, dilaceraciones y rupturas musculares, tendinosas y viscerales (excepto lumbalgias, várices y hernias) causadas por esfuerzos repentinos y evidentes al diagnóstico.

Salvo las limitaciones o exclusiones que resulten de la presente póliza, el seguro cubre todos los accidentes - en los términos y alcances establecidos en la Cláusula anterior - que pueda ocurrir al Asegurado, ya sea en el ejercicio de la profesión declarada, en su vida particular, o mientras esté circulando o viajando en vehículos particulares terrestres o acuáticos, propios o ajenos, conduciéndolos o no, o haciendo uso de cualquier medio habitual de transporte público de personas, ya sea terrestre, fluvial, lacustre, marítimo o en líneas de transporte aéreo regular.

Adicionalmente a lo establecido más arriba, queda establecido que la Aseguradora cubrirá también los accidentes que se produzcan durante la participación en los siguientes entretenimientos y deportes exclusivamente: juegos de salón y la práctica normal y no profesional de: atletismo, básquetbol, bochas, bolos, canotaje, caza menor, ciclismo, deporte náutico a vela y/o motor por ríos o lagos, equitación, esgrima, excursiones a montañas por carreteras y senderos, gimnasia, golf, hand-ball, hockey sobre césped, natación, patinaje, pelota a paleta, pelota al cesto, pesca (salvo en alta mar), remo, tenis, tiro (en polígonos habilitados), volley-ball y waterpolo.

La cobertura se extiende al tránsito y/o permanencia del Asegurado en el extranjero, salvo en países que no mantengan relaciones diplomáticas con la República de Paraguay.

CLAUSULA 2 - RIESGOS NO ASEGURADOS:
Quedan excluidos de este seguro:
a) Las consecuencias de las enfermedades de cualquier naturaleza, inclusive las originadas por la picadura de insecto, salvo lo especificado en la Cláusula 1.
b) Las lesiones causadas por la acción de los Rayos "X" y similares, y de cualquier elemento radiactivo, u originadas en reacciones nucleares, de las lesiones imputables a esfuerzos, salvo los casos contemplados en la Cláusula 1, de insolación, quemaduras por rayos solares, enfriamiento, y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales, de psicopatías transitorias o permanentes y de operaciones quirúrgicas o tratamientos, salvo que cualquiera de tales hechos sobrevenga a consecuencia de un accidente cubierto conforme con la Cláusula 1 ó del tratamiento de las lesiones por él producidas.
c) Los accidentes que el Asegurado o los Beneficiarios, por acción u omisión, provoquen dolosamente o con culpa grave, o el Asegurado los sufre en empresa criminal.
No obstante quedan cubiertos los actos realizados para precaver el siniestro o atenuar sus consecuencias por un deber de humanidad generalmente aceptado.
d) Los accidentes causados por vértigo, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis, y los que ocurran por estado de enajenación mental, salvo cuando tales trastornos sean consecuencia de un accidente cubierto conforme a la Cláusula 1, ó por estado de ebriedad o por estar el Asegurado bajo la influencia de estupefacientes o alcaloides.
e) Los accidentes que ocurran mientras el Asegurado tome parte en carreras, ejercicios o juegos atléticos de acrobacia o que tengan por objeto pruebas de carácter excepcional, o mientras participe en viajes o excursiones a regiones o zonas inexploradas.
f) Los accidentes derivados de la navegación aérea no realizada en líneas de transporte aéreo regular.
g) Los accidentes derivados del uso de motocicletas, y vehículos similares, o de la práctica de deportes que no sean los enumerados en la Cláusula 1, ó en condiciones distintas a las enunciadas en las mismas.
h) Los accidentes causados por hechos de guerra civil o internacional.
i) Los accidentes causados por hechos de: guerrilla, rebelión, terrorismo, motín o tumulto popular, huelga o lock-out, cuando el asegurado participe como elemento activo.
j) Los accidentes causados por fenómenos sísmicos, inundaciones u otros fenómenos naturales de carácter catastrófico. Los siniestros acaecidos en el lugar y en ocasión de producirse los acontecimientos enumerados en esta Cláusula, se presume que son consecuencia de los mismos, salvo prueba en contrario del Asegurado.

CLÁUSULA 3 - PERSONAS NO ASEGURABLES:
El seguro no ampara a menores de 16 años y mayores de 65 años, ni a los sordos, ciegos, miopes con más de diez dioptrías, mutilados, afectados por invalidez superior al 10% según la cláusula 7, paralíticos, epilépticos, toxicómanos, alienados o aquellas que, en razón de defectos físicos o enfermedades graves que padezcan, o de las secuelas de las que hubieran padecido, constituyan un riesgo de accidente agravado de acuerdo a la Cláusula 5.

CLAUSULA 4 - EXCLUSIONES
De la cobertura de muerte e invalidez:
a) Enfermedades Preexistentes.
b) Tentativa de suicidio voluntario del Asegurado, salvo que este contrato haya estado en vigor ininterrumpidamente durante un año como mínimo.
c) Si es provocada deliberadamente por acto ilícito del Contratante del presente seguro, excepto que el pago de la prima esté a cargo del Asegurado; o en caso de accidente si es provocado por dolo o culpa grave del Asegurado.
d) Por duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa; empresa o acto criminal o aplicación legítima de la pena de muerte.

e) Acto de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo.
f) Abuso del alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes.
g) Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas.
h) Por la práctica o el uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en líneas regulares, o por otras ascensiones aéreas o aladeltismo.
i) Por la participación en viajes o prácticas deportivas submarinas o subacuáticas o escalamiento de montaña.
j) Competir en pruebas de pericia y/o de velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre o en justas hípicas, o cualquier otra prueba análoga.
k) Intervenir en pruebas de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica.
l) Desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey y domador de potros o de fieras y/o la práctica de deportes o actividades peligrosas como alpinismo, andinismo, esquí acuático o de montaña motonáutica u otras actividades análogas y manipuleo de explosivos y/o armas o con exposición a radiaciones atómicas, salvo pacto en contrario.
m) De una infección que sea consecuencia directa o indirecta del virus HIV (Human Inmune Virus).
n) Acontecimientos catastróficos originados por reacciones nucleares.

CLAUSULA 5 - AGRAVACIÓN O MODIFICACIÓN DEL RIESGO:
El Asegurado debe denunciar al Asegurador las agravaciones del riesgo asumido, causadas por un hecho suyo, antes de que se produzcan, y las debidas a un hecho ajeno inmediatamente después de conocerlas (Art. 1580 C.C.).
Se entiende por agravación del riesgo asumido, la que si hubiese existido al tiempo de la celebración a juicio de peritos hubiera impedido este contrato o modificado sus condiciones (Art. 1581 C.C.)..
Se consideran agravaciones del riesgo, únicamente las que provengan de las siguientes circunstancias:
a) Modificación de estado físico o mental del Asegurado.
b) Modificación de su profesión o actividad.
c) Fijación de residencia fuera del País.
Cuando la agravación se debe a un hecho del Asegurado, la cobertura queda suspendida. El Asegurador, en el término de siete (7) días deberá notificar su decisión de rescindir (Art. 1582 C.C.).

Cuando la agravación resulte de un hecho ajeno al Asegurado, el Asegurador deberá notificar su decisión de rescindir dentro del término de un (1) mes y con un preaviso de siete (7) días. Se aplicará el Art. 1582 del Código Civil si el riesgo no se hubiese asumido según las prácticas comerciales del Asegurador.

No obstante cuando la agravación provenga del cambio de la profesión o actividad del Asegurado y si, de haber existido ese cambio al tiempo de la celebración, el Asegurador hubiera concluido el contrato por una prima mayor, la suma asegurada se reducirá en proporción a la prima pagada.

La rescisión del contrato por agravación del riesgo da derecho al Asegurador:
a) Si la agravación del riesgo le fue comunicada oportunamente a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido.
b) Si no le fue comunicada oportunamente a percibir la prima por el período de seguro en curso (Art. 1584 C.C.).

CLÁUSULA 6 - CARGAS DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO EN CASO DE ACCIDENTE:
El Asegurado o los Beneficiarios comunicarán al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los tres (3) días de conocerlo, bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia (Arts. 1589 y 1590 C.C.).

Desde el momento de hacerse aparentes lesiones, el accidentado deberá someterse, a su cargo, a un tratamiento médico racional y seguir las indicaciones del facultativo que le asiste, deberá enviarse al Asegurador un certificado del médico que atiende al lesionado, expresando la causa y naturaleza de las lesiones sufridas por el Asegurado, sus consecuencias conocidas o presuntas, y la constancia que se encuentre sometido a un tratamiento médico racional. El Asegurado remitirá al Asegurador cada 15 días certificaciones médicas que informen sobre la evolución de las lesiones y actualicen el pronóstico de curación. Asimismo, el Asegurado deberá someterse al examen de los médicos del Asegurador cada vez que éste lo solicite.

El Asegurado o los Beneficiarios están obligados a suministrar al Asegurador a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo, la prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministre y a permitirle al Asegurador las indagaciones necesarias a tales fines sin perjuicio de la información a que se refiere el párrafo anterior (Art. 1589 C.C.).

En especial el Asegurado o los Beneficiarios deberán presentar:
a) En caso de muerte: la documentación pertinente y la comprobación del derecho de los reclamantes.
b) En caso de Invalidez Permanente: la documentación pertinente que incluya el alta y los certificados que acrediten el grado de Invalidez definitiva.
c) En caso de Invalidez Temporaria: la documentación pertinente, que incluirá el alta definitiva.

El Asegurado pierde el derecho a ser indemnizado si deja de cumplir maliciosamente las cargas previstas en el Art. 1589 del Código Civil, o exagera fraudulentamente los daños o emplea pruebas falsas para acreditar los daños (Art. 1590 C.C.).

CLÁUSULA 7 - MUERTE:
Si el accidente causare la muerte, el Asegurador abonará la suma asegurada para este caso. Sin embargo, el Asegurador reducirá la prestación prevista para la muerte en los porcentajes tomados en conjunto, que hubiere abonado en concepto de Invalidez Permanente por éste u otros accidentes ocurridos durante el mismo período anual de vigencia de la póliza.

En caso de fallecimiento o de Invalidez Permanente, que de lugar a la prestación de la suma total asegurada a raíz de uno o varios accidentes cubiertos en la póliza y ocurridos durante su vigencia, quedarán automáticamente sin efecto las restantes coberturas, ganando el Asegurador la totalidad de la prima. En los Seguros Polianuales, el Asegurador gana la prima de los períodos transcurridos incluyendo el del siniestro (hasta la prima total cobrada), calculada sobre la base de la tarifa anual.

CLÁUSULA 8 - INVALIDEZ PERMANENTE:
Si el accidente causare una Invalidez Permanente determinada con prescindencia de la Profesión u Ocupación del

Asegurado, el Asegurador pagará al Asegurado una suma igual al porcentaje, sobre la indemnización estipulada en las Condiciones Particulares que corresponda, de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida y según se indica a continuación:

TOTAL

Estado absoluto e incurable de alienación mental, que no permita al Asegurado ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida:	100%
Fractura incurable de la columna vertebral que determine la Invalidez Total y Permanente:	100%

PARCIAL

a) Cabeza

Sordera total e incurable de los oídos:	50%
Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular normal:	40%
Sordera total e incurable de un oído:	15%
Ablación de la mandíbula inferior:	50%

b) Miembros superiores:

	Derecho	*Izquierdo*
Pérdida total de un brazo:	65%	52%
Pérdida total de una mano:	60%	48%
Fractura no consolidada de un brazo (seudoartrosis total):	45%	36%
Anquilosis del hombro en posición no funcional:	30%	24%
Anquilosis del hombro en posición funcional:	25%	20%
Anquilosis del codo en posición no funcional:	25%	20%
Anquilosis del codo en posición funcional:	20%	16%
Anquilosis de la muñeca en posición no funcional:	20%	16%
Anquilosis de la muñeca en posición funcional:	15%	12%
Pérdida total del pulgar:	18%	14%
Pérdida total del índice:	14%	11%
Pérdida total del dedo medio:	9%	7%
Pérdida total del anular al meñique:	8%	6%

c) Miembros inferiores:

Pérdida total de una pierna:	55%
Pérdida total de un pie:	40%
Fractura no consolidada de un muslo (seudoartrosis total):	35%
Fractura no consolidada de una pierna (seudoartrosis total):	30%
Fractura no consolidada de una rótula:	30%
Fractura no consolidada de un pie (seudoartrosis total):	20%
Anquilosis de la cadera en posición no funcional:	40%
Anquilosis de la cadera en posición funcional:	20%
Anquilosis de la rodilla en posición no funcional:	30%
Anquilosis de la rodilla en posición funcional:	15%
Anquilosis del empeine (garganta del pie).en posición no funcional:	15%
Anquilosis del empeine (garganta del pie).en posición funcional:	8%
Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos cinco centímetro:	15%
Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos tres centímetros:	8%
Pérdida total de un dedo gordo del pie:	8%
Pérdida total de oro dedo del pie:	4%

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

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

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

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

Cuando la Invalidez así establecida llegue al 80% se considerará Invalidez Total y se abonará, por consiguiente, íntegramente la suma asegurada.

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

La indemnización por lesiones que, sin estar comprendidas en la enumeración que precede, constituyan una Invalidez Permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con la de los casos previstos y siempre independientemente de la profesión u ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos, ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la póliza y cubiertos por la misma serán tomados en conjunto a fin de fijar el grado de invalidez e indemnizar por el último accidente.

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

CLAUSULA 9 - AGRAVACIÓN POR CONCAUSAS:
Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un

estado constitucional anormal con respecto a la edad del Asegurado, o de un defecto físico de cualquier naturaleza y origen, la indemnización que corresponda se liquidará de acuerdo con las consecuencias que el mismo accidente hubiera presumiblemente producido sin la mencionada concausa, salvo que ésta fuere consecuencia de un accidente cubierto por la póliza y ocurrido durante la vigencia de la misma.

CLAUSULA 10 - PLURALIDAD DE SEGUROS:
El Asegurado deberá notificar sin dilación a cada Asegurador los seguros de Accidentes Personales y/o Accidentes Personales Aeronáuticos que tenga contratados o contrate en lo sucesivo, cuando en conjunto excedan la suma que a tal efecto conste en las Condiciones Particulares.

En caso de hallarse el Asegurado cubierto por un importe superior a dicha suma, sin conocimiento y aceptación expresa de los Aseguradores, éstos indemnizarán a prorrata de sus respectivas sumas aseguradas solamente hasta la suma a que se refiere el párrafo anterior, sin derecho del Asegurado a restitución de primas.

El Asegurado no tiene obligación de notificar los riesgos de Accidentes Personales que se cubran accesoriamente en otras ramas de seguros.

CLÁUSULA 11 - OBLIGACIONES DEL ASEGURADO:
El Asegurado, en cuanto le sea posible, debe impedir o reducir las consecuencias del siniestro y observar las instrucciones de aseguramiento al respecto (Art. 1685 C.C.).
El Asegurador se libera si el Asegurado o el beneficiario provoca el accidente dolosamente, o por culpa grave, o lo sufre en empresa criminal (Art. 1686 C.C.).

CLÁUSULA 12 - RESCISIÓN:
El seguro podrá ser rescindido por voluntad de cualquiera de las dos partes, mediante telegrama colacionado o carta certificada. Cuando el Asegurador ejerza ese derecho, dará un preaviso no menor de quince (15) 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 las doce inmediatamente siguiente, salvo pacto en contrario.

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

En caso de fallecimiento o invalidez permanente que dé lugar a la indemnización total a raíz de uno o varios accidentes cubiertos por la póliza y ocurridos durante su vigencia, el contrato quedará automáticamente rescindido quedando ganadas para la Aseguradora las primas de los años transcurridos, incluso la correspondiente al año en que se produjo el hecho que motivó la rescisión.

La presente póliza consta de: 9 Página(s).