República del Paraguay
Gobernación del II Departamento San Pedro
Tel. (0342) 222 495 – E-mail: gobernacionsanpedro@yahoo.com
Gral. Díaz Nº847 e/Mcal. Estigarribia y Jóvenes por la Democracia

DICTAMEN Nº 20/2020
ESTIMACIÓN DE PRECIOS Y SU PUBLICIDAD - UNIDAD OPERATIVA DE CONTRATACIONES (U.O.C.)

REF.: ESTIMACIÓN DE PRECIOS Y SU PUBLICIDAD EN EL MARCO DEL LLAMADO A LICITACION POR CONTRATACION DIRECTA Nº 22/2.020 – SERVICIOS DE SEGUROS PARA VEHICULOS ID N° 386612

San Pedro de Ycuamandyyú, 22 de octubre de 2.020.-

VISTO

Que, la Resolución de la Dirección Nacional de Contrataciones Públicas **– RESOLUCÓN DNCP N°: 1890/2020 – POR LA CUAL SE REGULA LA ESTIMACION DE PRECIOS Y SU PUBLICIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS DE CONTRATACIONES PÚBLICAS EN EL MARCO DE LA LEY 2051/03, en su Artículo 2º reza:** "PUBLICACIÓN DE LA ESTIMACIÓN DE COSTOS Y SUS ANTECEDENTES. Los Organismos, Entidades, Sociedades Anónimas con Participación Accionaria Mayoritaria del Estado y Municipalidades deberán publicar al momento de la comunicación de los llamados los Precios de Referencia, los documentos respaldatorios respectivos y un dictamen firmado por el Encargado de la UOC en el que se detalle la metodología utilizada para la obtención de los Precios de Referencia y cualquier otra característica del mercado, de la producción, la comercialización o distribución de bienes y servicios que puedan afectar el precio de referencia. En los procedimientos de Contratación por Vía de la Excepción con Aviso de Intención, las Convocantes deberán publicar los citados documentos al momento de la comunicación de la Contratación. Además de la Estimación Global de Costos, se deberá contar con el desglose de todos los lotes, ítems o sub-ítems que lo componen detallando los Precios Referenciales que le corresponden, independientemente al sistema de adjudicación; los cuales serán cargados en el Sistema de Información de las Contrataciones Públicas para su difusión junto con los demás documentos del llamado. En caso de llamados de bienes en los cuales se requieran servicios conexos, los precios referenciales de estos últimos deberán ser elaborados en forma separada, respecto de su principal. La publicación de los Precios de Referencia y sus antecedentes es realizada a los fines de brindar mayor transparencia al Sistema de Contrataciones Públicas y no supone verificación ni aprobación por parte de la Dirección Nacional de Contrataciones Públicas." ----------

CONSIDERANDO

Que, el artículo 3°, inciso x), de la Ley N° 2051/03, modificado por la Ley N° 3439/07, que establece que la Dirección Nacional de Contrataciones Públicas (DNCP), "es la institución administrativa facultada para diseñar y emitir las políticas generales que sobre la contratación pública deban observar los Organismos, las Entidades y las Municipalidades; y dictar las disposiciones para el adecuado cumplimiento de esta ley y su reglamento".----------

Que, el Artículo 4° de la Ley N° 2051/03 "De Contrataciones Públicas" que establece a los Principios de Economía y Eficiencia, según los cuales las necesidades públicas deben ser satisfechas con la oportunidad, calidad y costo que aseguren al Estado Paraguayo las mejores condiciones, sujetándose a disposiciones de racionalidad, austeridad y disciplina presupuestaria.----------

Que, el Artículo 15° de la Ley N° 2051/03 "De Contrataciones Públicas" que obliga a los Organismos, Entidades y Municipalidades a la realización de la Estimación del Costo de cada contrato, a fin de determinar el procedimiento de contratación y la afectación especifica de los créditos presupuestarios. Para la construcción de la Estimación del Costo de cada operación, las Convocantes deberá considerar

C.P. Jorge A. Sanabria S.
Encargado de U.O.C.
Gobierno Departamental San Pedro

todas las formas de erogación, incluyendo el costo principal, el mantenimiento, las refacciones, los insumos para la operación, los fletes, los seguros, las comisiones, los costos financieros, los tributos, los derechos, las primas y cualquier otra suma que deba erogarse como consecuencia de la contratación.---

METODOLOGÍA UTILIZADA:

Que, los precios seleccionados corresponden a bienes y/o servicios con características similares y/o idénticas a lo solicitado por esta Convocante **SERVICIOS DE SEGUROS PARA VEHICULOS**

Al respecto de la metodología menciono que si bien se comprende perfectamente lo establecido en la **RESOLUCÓN DNCP N°: 1890/2020**, en la indagación de alguna referencia de contratos anteriores u otros procesos de igual similitud me encontré que para el Año 2.020, no visualizamos ninguna adjudicación con similar características y verificando llamados de 2019, que si bien, encontré algunos contratos de Municipios u Otras entidades del Estado que han adquirido Servicios de Seguros, en su mayoría no eran de la misma EETT de los Servicios que vamos a contratar, además de las variación de los precios que son justamente por la cobertura del Servicio por tal surgen variaciones de los precios y basándonos en la **RESOLUCÓN DNCP N°: 1890/2020** punto **ANEXO - GUIA PARA LA ELABORACIÓN DE PRECIOS DE REFERENCIA PARA LOS ORGANISMOS, ENTIDADES Y MUNICIPALIDADES, EN LAS CONTRATACIONES REGULADAS POR LA LEY N° 2051/03 DE CONTRATACIONES PÚBLICAS** en el punto **"En el correspondiente dictamen firmado por el Encargado de la UOC se deberá detallar la metodología utilizada para la obtención de los Precios de Referencia (promedio, precio más bajo, u otro mecanismo pertinente) y demás datos e informaciones relacionados"** vimos que al realizar las combinaciones de los contratos anteriores con los presupuestos obtenidos, iba ser imposible puesto que fueron a un costo mucho más bajo, pues fueron Servicios de Seguros de otros tipos de coberturas que no abarcaron bastante y por ende tendríamos una variación muy grande con la cotización actual. Por tal, esta **Unidad Operativa de Contrataciones**, en conformidad a lo establecido en el apartado "**Excepcionalmente, si por la complejidad, especialidad o particularidad de la contratación no resultare posible alcanzar la cantidad de 3 (tres) fuentes requeridas para la obtención de los precios, la convocante podrá adoptar el mecanismo que considere apropiado para obtener los Precios de Referencia, en cuyo caso tal situación deberá ser suficientemente fundada en el Dictamen firmado por el Encargado de la UOC en el que se detalle la metodología utilizada para la obtención de los Precios de Referencia"** ha optado por establecer el **criterio de precio promedio,** conforme a lo expuesto anteriormente, y en base de los presupuestos obtenidos que estos a su vez fueron derivadas a la UOC por la Secretaria de Administración y Finanzas, que se puede apreciar en el cuadro que se desglosa a continuación:

Ítem N°	Descripción del Bien/Servicio	ASEPASA	SANCOR SEGUROS	ASEGURADORA YASYRETA	Precio promedio p/ referencial
1	SERVICIOS DE SEGUROS PARA VEHICULOS – CAMIONETA CHEVROLET TRAIL BLAZER LTZ – MODELO 2018	10.000.000.-	12.788.000.-	10.435.000	**11.074.333.-**

GOBERNACION DE SAN PEDRO II DEPARTAMENTO
UOC
Lic. Jorge A. Sanabria S
Encargado de U.O.C.
Gobierno Dptal. de San Pedro

República del Paraguay
Gobernación del II Departamento San Pedro
Tel. (0342) 222 495 – E-mail: gobernacionsanpedro@yahoo.com
Gral. Díaz N°847 e/Mcal. Estigarribia y Jóvenes por la Democracia

Ítem N°	Descripción del Bien/Servicio	ASEPASA	SANCOR SEGUROS	ASEGURADORA YASYRETA	Precio promedio p/ referencial
2,3 y 4	SERVICIOS DE SEGUROS PARA VEHICULOS – CAMIONETAS CHEVROLET S10 – MODELO 2018 Y CAMIONETA CHEVROLET BLAZER – MODELO 2010	1.200.000.-	730.000.-	967.000	965.667.-

Obs.: Se adjunta al presente Dictamen antecedentes de estimación de costos correspondientes a presupuestos que fueron enviados por la Secretaria de Administración y Finanzas del Gobierno Departamental de San Pedro individualizados en el cuadro de estimación. ----------

CONCLUSIÓN

Que, esta Unidad Operativa de Contratación (UOC), en virtud a lo establecido en la normativa vigente, ha procedido fijar los Precios de Referencia, atendiendo a los Principios de Economía y Eficiencia, y al criterio de Razonabilidad.----------

Por tanto, en base a los antecedentes expuestos en el presente Dictamen, la Unidad Operativa de Contratación (UOC) del Gobierno Departamental de San Pedro, concluye que el precio establecido en el presente proceso se adecua a la disposición transcrita en el Artículo 2º de la RESOLUCÓN DNCP N°: 1890/2020, cumpliendo así en fundamentar la ESTIMACIÓN DE PRECIOS Y SU PUBLICIDAD en concordancia con las normativas que rige la materia ----------

Es mi Dictamen

GOBERNACIÓN DE SAN PEDRO
II DEPARTAMENTO
U.O.C.

C.P. Jorge A. Sanabria S.
Encargado de U.O.C.
Gobierno Dptal. de San Pedro

Asunción 16 de Setiembre de 2020

SEÑOR
GOBIERNO DEPARTAMENTAL DE SAN PEDRO
PRESENTE

De nuestra consideración:

Tenemos el agrado de dirigirnos a usted, a fin de poner a su consideración nuestra Propuesta de Seguro de Vehículo, cuyo costo y coberturas detallamos a continuación:

DETALLE DE COBERTURAS – PLAN NORMAL AUTO

AUTOMOVILES – CASCO

➢ Daños por Accidente, Incendio y Robo del Vehículo	Hasta el 100% valor de mercado.
➢ Cobertura en el Exterior (excepto Responsabilidad Civil)	Hasta el 100% valor de mercado.
➢ Carta Verde (Seguro obligatorio del MERCOSUR):	Por un año
➢ Daños causados por raudales (mecánicos, eléctricos y chapería)	Gs. 5.000.000.-
➢ Robo de radio y/o parlante:	Hasta Gs. 2.000.000.
➢ Robo de antena de radio:	Hasta Gs. 1.000.000.
➢ Robo de rueda de auxilio:	Hasta Gs. 1.000.000.
➢ Robo de faro, busca huellas, tasas, espejos	Hasta Gs. 3.000.000.

COBERTURAS ADICIONALES

Cobertura de cualquier conductor debidamente autorizado.
Robo parcial al amparo de Robo Total (hasta el 100% valor del mercado).
Daños materiales al amparo del Robo Total (hasta el 100% valor del mercado).
Daños por Tumulto Popular (hasta 100% valor del mercado).
Daños causados por Granizos (hasta el 100% valor del mercado, limitado a un solo evento/año).
Daños a cubiertas y Baterías (limitado a un solo evento/año).
SIN FRANQUICIA.

RESPONSABILIDAD CIVIL- R.C.

➢ Daños a cosas de terceros hasta:	Gs. 50.000.000.
➢ Lesiones corporales o muerte, una persona hasta:	Gs. 60.000.000.
➢ Lesiones corporales o muerte, en conjunto hasta:	Gs. 110.000.000.

OCUPANTES DEL VEHÍCULO – O.V.P. (HASTA 5 OCUPANTES)

➢ Muerte o invalidez por cada ocupante hasta:	Gs. 40.000.000.
➢ Muerte o invalidez en conjunto hasta:	Gs. 200.000.000.
➢ Gastos médicos por cada ocupante hasta:	Gs. 10.000.000.
➢ Gastos médicos en conjunto hasta:	Gs. 50.000.000.

SERVICIOS ADICIONALES

Grúa por desperfectos mecánicos a nivel nacional, para vehículos livianos y utilitarios con capacidad de carga hasta 3,5 toneladas (hasta tres eventos por vigencia); Grúa para casos de accidentes a nivel nacional y Mercosur para vehículos livianos y utilitarios con capacidad de carga hasta 3,5 toneladas (hasta tres eventos por vigencia); Ambulancia las 24 Horas para casos de accidentes; Asistencia al vehículo por desperfectos mecánicos a nivel nacional (hasta tres eventos por vigencia).

Vehículo	Capital Asegurado Gs.	Costo Anual Gs.
CAMIONETA CHEVROLET BLASER 2018	250.000.000	10.000.000
TOTAL	**250.000.000**	**10.000.000**

Formas de pago: Cobrador, tarjetas de crédito y débito, Bocas de cobranza (Aquí Pago, Pago Express) transferencia bancaria. Financiado, Tarjeta de Crédito: 5% de descuento sobre precio financiado, Contado: 7% de descuento sobre precio financiado.

Quedamos a vuestra disposición para cualquier consulta sobre el particular y aprovechamos la ocasión para saludarles muy atentamente.

SANCOR SEGUROS

Asunción, Jueves 22 de Octubre del 2020

Señor/a
GOBIERNO DEPARTAMENTAL DE SAN PEDRO
Presente

Referencia Cotiz. Seguro AUTO MAX

De nuestra consideración:

Por este medio tenemos el agrado de presentarles la oferta para la contratación del seguro de referencia, de acuerdo a la información facilitada previamente, con las condiciones de costo y coberturas señaladas a continuación:

DATOS DE COBERTURA

» Vehículo a Asegurar:	CHEVROLET TRAILBLAZER LTZ 1.4 AUT.FLEX.HATCH 2018
» Valor del vehículo:	Gs. 250.000.000
» Tipo de cobertura:	Cobertura 8: Todo Riesgo sin Deducible + RC + APOV + AV + CV
» Vigencia:	Anual
» Cobertura:	**RESPONSABILIDAD CIVIL A TERCEROS:** - Lesiones o muerte de terceras personas Gs. 60.000.000.- Sub-limitado a Gs. 30.000.000 por persona. - Daños materiales causados a cosas de terceras personas Gs. 30.000.000. **ACCIDENTES PERSONALES, DE LOS OCUPANTES DEL VEHÍCULO (O.V.P.)** - Muerte o Invalidez Permanente, por persona Gs. 30.000.000 - Gastos médicos, por persona Gs. 10.000.000.- **DAÑOS MATERIALES AL CASCO** - Pérdida total o parcial por accidente o incendio: 100% del valor del vehículo en el mercado al momento del siniestro. - Pérdida total por robo: 100% de la Suma Asegurada - Robo Parcial de la Radio hasta Gs. 3.000.000 (1 evento anual). - Robo Parcial de accesorios de fábrica hasta el 20% de la suma asegurada para Casco. - Daños Materiales al amparo de Robo Total, 100% del valor de mercado. - Huelga, Lock Out o Tumulto Popular, 100% del valor de mercado. - Daños Materiales por vandalismo, 100% del valor de mercado. - Daños a los Air Bags hasta un 100% del valor de mercado. - Extensión de Cobertura en el extranjero (países del Mercosur, Chile y Bolivia). - Carta Verde por un año, únicamente para automóviles, pick ups y utilitarios. - Daños a consecuencia de Granizo hasta el 100% del valor de mercado. - Daños parcial o total por terremoto, 100% del valor de mercado. - Daños parcial o total por Aguas Pluviales, 20% del valor de mercado. - Asistencia Integral al vehículo: Mecánica Ligera, Servicio de grúa y ambulancia para vehiculos de hasta 3.500 Kg. *(*) Suma Asegurada debe estar dentro del rango de diferencia máximo del 20% del valor de Mercado.*
» Franquicia Deducible:	Exonerado
» Requisitos:	Propuesta solicitud de seguro debidamente complementada, firmada y fechada. Copia anexa de documento de identidad del titular y copia de documento del vehículo.

COSTO DEL SEGURO Y FINANCIACIÓN

» Costo por Vigencia Solicitada	Gs. 12.788.000	» Método de Pago	Efectivo
» Forma de Pago:	Contado	» Moneda	Guaranies

OBSERVACIONES

» Validez de la oferta:	15 dias.
» Aclaraciones:	- La presente cotización no es un contrato, y está sujeta a cualquier modificación tarifaria dispuesta por el Asegurador.
» Observaciones del Servicio de Asistencia:	Para vehículos de hasta 3.500 kg. – Excluidos los camiones de transporte de mercaderías: **Mecánica ligera *** a. Acople de batería. b. Cambio de neumático. c. Reposición de combustible (costo del combustible a cargo del asegurado o titular). d. Cerrajería, para la apertura de la puerta principal del vehículo. ** Los servicios de mecánica ligera tienen un límite de dos (2) servicios al mes y un máximo de cuatro (4) al año de contrato por vehículo asegurado.* **Remolque *** A) Para vehículos con antigüedad mayor a diez años al momento de solicitar la asistencia: Dentro del Territorio Paraguayo: en caso de avería mecánica tiene un límite de traslado en kilometraje de hasta 150 Km., en caso de siniestro un límite de traslado en kilometraje de hasta 350 Km. En el Exterior: específicamente en los países de Argentina, Brasil, Bolivia y Uruguay, un límite de traslado en kilometraje de hasta 350 Km. en caso de avería mecánica y/o siniestro. B) Para vehículos con antigüedad menor o igual a 10 años al momento de solicitar la asistencia: Dentro del Territorio Paraguayo: en caso de avería mecánica y/o siniestro o choque el traslado en kilometraje es ilimitado.

En el Exterior: específicamente en los países de Argentina, Brasil, Bolivia y Uruguay, un límite de traslado en kilometrajes de hasta 1.500 Km. en caso de avería mecánica y/o siniestro.

** Los servicios de remolque tienen un límite de 2 (dos) servicios al mes y un máximo de 4 (cuatro) servicios al año.*

Otros Servicios

- Traslado Sanitario o Ambulancia: Este y los demás servicios señalados a continuación se encuentran detallados en el Condicionado de Póliza, con sus alcances y forma de utilización.
- Localización y envío de piezas de repuesto, en Viaje;
- Estadía por inmovilización forzosa o robo del vehículo amparado, en Viaje;
- Transporte de beneficiarios por inmovilización, en Viaje;
- Traslado de restos, en Viaje;
- Depósito o custodia del vehículo reparado, recuperado o siniestrado, en Viaje;
- Servicio de conductor profesional, en Viaje;
- Asesoramiento Legal Telefónico 24hs;
- Servicio de Información pre-viaje.
- En caso de Siniestros en Argentina, Uruguay, o Brasil, el asegurado será atendido por oficinas regionales del Grupo Sancor Seguros.

Hacemos propicia la ocasión para saludarlo atentamente, y ponernos desde ya a su disposición para cualquier consulta respecto a éste u otros seguros que pueda precisar.

SANCOR SEGUROS DEL PARAGUAY S.A.

Firma del tomador:.....

Aclaración de firma:.....

Lugar:.....Fecha:.....

Elaborado por: Antonio Franco

COTIZADOR WEB 1.0

Propuesta de Seguros - AUTOMÓVILES
AUTOMAS 100

Aseguradora Yacyreta

✔ Seguro Nuevo — Endoso Póliza: _____ — Vigencia Desde: 21/10/2020 — Agente/Corredora: _____
___ Renovación de la Póliza N° _____ — Hasta: 21/10/2021 — Matrícula N°: _____

A) DATOS DEL ASEGURADO

Apellidos, Nombres: GOBIERNO DEPARTAMENTAL DE SAN PEDRO — C.I./RUC: _____
Dirección Laboral: _____ Barrio: _____ Ciudad: _____
Dirección Particular: _____ Barrio: _____ Ciudad: _____
Teléfono Laboral: _____ Teléfono Particular: _____ Celular: COMPLETAR
Fecha de Nac./Const.: _____ E-mail: Completar mail — Grupo: _____
Ocupación/Actividad: _____ **Fecha Máxima de recepción de facturas: El _____ de cada mes.**

Dirección de entrega de póliza: ☐ Particular ☐ Laboral ☐ Otra dirección: _____

TOMADOR/Factura a nombre de: _____ /RUC: _____ E-mail: _____
Dirección: _____ Bo./Ciudad: _____ Cel./Teléf.: _____

B) DATOS DEL VEHÍCULO

Tipo: CAMIONETA STATION WAGON — Chasis: 9BG156MK0KC424778 — Año: 2018
Marca: CHEVROLET — Motor: _____ — Chapa: HGA484
Modelo/Sub Modelo: TRAILERBLAZER LTZ . — Uso: PARTICULAR — Vía Importación: REPRESENTANTE

B) COBERTURAS

		Sumas Aseguradas
Cobertura Básica N° 1 - Daños Materiales		
✔ Daños parciales por accidentes o incendio 100% del valor de mercado:	Gs	250.000.000
✔ Daño total por accidentes o incendio 100% del valor del mercado:	Gs	250.000.000
✔ Robo total del vehículo 100% del valor de mercado:	Gs	250.000.000
Cobertura Básica N° 3 - Responsabilidad Civil		
✔ Lesiones corporales o muerte de una persona:	Gs	60.000.000
✔ Lesiones corporales o muerte de dos o más personas:	Gs	120.000.000
✔ Daños a cosas de terceros:	Gs	60.000.000
Cobertura Básica N° 4 - Accidentes Personales para los Ocupantes		
Cantidad de ocupantes (incluyendo al conductor):	Gs	7
✔ Muerte o incapacidad permanente para cada ocupante:	Gs	30.000.000
✔ Gastos de asistencia médica para cada ocupante:	Gs	10.000.000

D) ACCESORIOS ASEGURADOS

		Sumas Aseguradas
✔ Auto Radio y Compon.:	Gs	0
✔ Buflector:	Gs	0
✔ Carpa:	Gs	0
✔ Llantas especiales:	Gs	0
✔ Defensas:	Gs	0
Total Accesorios Incorporados	Gs	0

MUY IMPORTANTE:
Los Accesorios de fábrica se encuentran incluidos dentro de la suma asegurada del vehículo. Los Accesorios que no sean de fábrica deben ser declarados, valorizados y aplicarse la extraprima correspondiente a efectos de que estén asegurados, la simple inspección de los mismos NO implica cobertura.

E) ADICIONALES DE COBERTURA Y SERVICIOS

✔ Daños a consecuencia de vandalismo hasta el 100% de la suma asegurada para la cobertura básica N° 1, hasta un evento durante la vigencia de la póliza.
✔ Daños a consecuencia de granizo hasta el 100% de la suma asegurada para la cobertura básica N° 1.
✔ Daños por aguas pluviales hasta el 20% de la suma asegurada para la cobertura básica N° 1, hasta un evento durante la vigencia de la póliza.
✔ Daños parciales al amparo del robo total hasta el 100% de la suma asegurada para la cobertura básica N° 1.
✔ Daños a los airbags hasta 100% del valor del mercado.
✔ Robo parcial al amparo del robo total hasta el 100% de la suma asegurada para la cobertura básica N° 1.
✔ Robo parcial de accesorios de fábrica hasta el 20% de la suma asegurada para la cobertura básica N° 1, sin franquicia.
✔ Cobertura en el extranjero durante la vigencia de la póliza. Cobertura en Argentina, Bolivia, Brasil, Chile y Uruguay
✔ Servicio de grúa, acople, cerrajería, carga de combustible para vehículos de hasta 3.500 Kg., con Kilometraje ilimitado. Excluidos camiones, acoplados y minibuses.
✔ Asistencia al viajero y a las personas 24 hs.
✔ Asistencia Jurídica para casos de accidentes 24hs.
✔ Carta Verde durante la vigencia de la póliza, (Cobertura Internacional de Responsabilidad Civil en Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Perú y Uruguay).

F) TRANSFERENCIA DE DERECHOS A FAVOR DE

Nombre: _____ C.I./RUC N°: _____ Teléfono/Celular: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ En calidad de: _____

G) PLAN DE PAGO

Forma de Pago	Medio de Pago	Franquicia	Entrega Inicial	Vcto. 1ra. Cuota	Cant. Cuotas	Cuotas Mensuales
Financiado	Efectivo	Sin franquicia	869.620		11	869.580

H) LIQUIDACION DEL COSTO FINAL

Prima:	Gs	8.958.364	Interés por Financiación:	Gs	528.000	**Costo Final:**
IVA s/ prima:	Gs	895.836	IVA s/ interés:	Gs	52.800	(Premio del seguro)
Sub Total:	Gs	9.854.200	Costo de la Financiación:	Gs	580.800	**Gs 10.435.000**

Pago Vía: ☐ Cobrador: _____ ☐ Bocas de Cobranza (Aquí Pago/Bancard-Pago Móvil) ☐ Caja Matriz/Agencias

DECLARO QUE: todas las informaciones y afirmaciones contenidas en esta solicitud de seguro son ciertas y veraces, por lo que asumo la responsabilidad sobre la veracidad de las mismas, que son las bases del contrato con Aseguradora Yacyreta S.A., sujeto a sus cláusulas y condiciones que el tomador acepta en todas sus partes, autorizando a la compañía, en caso de que acepte, a emitir la respectiva póliza. Autorizo a Aseguradora Yacyreta S.A., en forma expresa e irrevocable, otorgando suficiente mandato de conformidad a los términos del Art. 917 inc. a), del Código Civil, para que por cuenta propia o a través de la Superintendencia de Seguros, pueda recabar y/o proveer información en plaza referente a mi cumplimiento de pagos, cantidad y monto de reclamos realizados. Asumo la responsabilidad de pagar todos los importes originados por la emisión la Póliza, impuestos, recargos y demás gastos detallados en la liquidación, así como el importe de la prima hasta el día de su anulación o cancelación, **sirviendo la presente propuesta de suficiente documento de reconocimiento de deuda.** La falta de pago de una cuota a su vencimiento, producirá el decaimiento de los plazos establecidos en todas las demás cuotas pactadas, facultando a Aseguradora Yacyreta S.A., a exigir el pago inmediato del saldo total adeudado. El simple vencimiento establecerá la mora, autorizando a la inclusión a la base de datos de cualquier empresa habilitada a proveer información de carácter privado, conforme a lo establecido en la Ley N° 1682/01. DECLARO BAJO JURAMENTO que los fondos y valores que se utilizarán para realizar las operaciones que dan lugar al trámite de seguro provienen y provendrán de una fuente lícita y no tiene relación alguna con dinero, capital, bienes, haberes, valores o títulos productos de las ACTIVIDADES ILICITAS como lo dicta la Ley N° 1015/97, y sus modificatorias en varios artículos por la Ley 3783/09 y la Ley 6497/2019 que "Previene y reprime los actos ilícitos destinados a la legitimación de dinero o bienes". Cuando el texto de la Póliza difiere 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. (Artículo 1556 Código Civil).
Autorizo a que la póliza a emitirse pueda ser impresa con firma facsimilar de acuerdo a lo que establece la Res. SS. SG. 136/18 de la Superintendencia de Seguros y las Leyes 4017/2010 y 4610/12.

USO INTERNO — **N° de Registro:**

Corresponde	Si	No		Si	No
Consulta integral	☐	☐	Corte de vigencia	☐	☐
Impresión de AMLC	☐	☐	Formulario Insp.	☐	☐
Perfil comercial	☐	☐	Fotos de Insp.	☐	☐
Perfil económico	☐	☐			
Lista de docs. Cump.	☐	☐			
Formulario Déb.	☐	☐			
Nota de CCo.	☐	☐			
Cambio AG/C	☐	☐	V° B° Suscriptor		

Firma y Sello del Agente/Corredora — Firma del Tomador
N° C.I. Firmante: _____
Elaborado el **21 de octubre de 2020** — Fecha de firma: _____

V2021-P/S/BM/AF7/CC/FP/DF/BA/BF/DC/RM/TC/PA8822000/CV136364/USUARIO
Seguro nuevo y renovación con interrupción de vigencia superior a 10 días: Sujeto a inspección.
Cuando se requiera inspección del vehículo, el formulario de inspección formará parte integrante de la presente propuesta.

www.yacyreta.com.py - (021) 617 6000
Avda. Aviadores del Chaco N° 1690 c/ P. Pablo Alborno
Asunción-Paraguay

Tipo de Persona

Aprobado por el Directorio - Acta N° 990 de fecha 21.08.2020

DECLARACIÓN JURADA DE IDENTIFICACION DEL CLIENTE "PERSONAS FÍSICAS"

DATOS DEL CLIENTE

Fecha: **21 de octubre de 2020**

Apellidos, Nombres: **GOBIERNO DEPARTAMENTAL DE SAN PEDRO** Sexo: F ☐ M ☐

N° de Documento: _____ Tipo de Doc.: _____ R.U.C.: _____ Estado Civil: _____

Dirección Particular: Calle: _____ N° _____ Barrio: _____

Departamento: _____ Ciudad: _____ País: _____

Teléf. Particular _____ Celular: **Completar** Correo: **Completar mail**

Fecha de Nacimiento _____ Lugar: _____ Nacionalidad: _____

Ocupación/Profesión o Actividad Económica _____

Nombre de la Empresa y/o Empleador _____ Teléf. Laboral: _____

Dirección Laboral: Calle: _____ Barrio: _____ Ciudad: _____

Apellidos y Nombres del Cónyuge: _____ C.I. N°: _____

***Los Peps son las personas físicas que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas en nuestro país o en un país extranjero**

Es Usted una Persona Expuesta Políticamente (PEP) o está vinculado a una? S/ Res. SEPRELAD N° 50/2019 Si ☐ No ☐

Institución: _____

Cargo _____

Período: _____

Vinculado con el PEP: _____

***En caso de ser PEP, favor completar los siguientes datos:**

Apellidos y Nombres del Padre: _____ C.I. N°: _____

Apellidos y Nombres de la Madre: _____ C.I. N°: _____

Apellidos y Nombres de los Hijos: 1 _____ C.I. N°: _____

2 _____ C.I. N°: _____

3 _____ C.I. N°: _____

***Personas Jurídicas o entes jurídicos en las que el PEP tenga el 10% o más de capital social, aporte o participación:**

Empresa: _____ % de Participación: _____

Empresa: _____ % de Participación: _____

Empresa: _____ % de Participación: _____

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL, APODERADO Y/O AUTORIZADO DEL CLIENTE

Apellidos, Nombres: _____ Sexo: F ☐ M ☐

N° de Documento: _____ Tipo de Documento: _____ R.U.C.: _____ Estado Civil: _____

Domicilio Particular: Calle: _____ N° _____ Barrio: _____

Departamento: _____ Ciudad: _____ País: _____

Teléf. Particular: _____ Celular: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Lugar: _____ Nacionalidad: _____

DECLARACION JURADA DE ORIGEN DE FONDOS

En cumplimiento a lo establecido en el Art. 28 de la Ley N° 1015/97, modificada por la Ley 3783/09 que "Previene y reprime los actos ilícitos destinados a la legitimación de dinero o bienes" por la presente DECLARO BAJO JURAMENTO que los fondos y valores que se utilizaran para realizar las operaciones que dan lugar al trámite de seguro provienen y provendrán de una fuente lícita y no tiene relación alguna con dinero, capital, bienes, haberes, valores o títulos productos de las ACTIVIDADES ILÍCITAS.

El origen de los Fondos con los cuales obtuve los valores para adquirir el objeto del riesgo o el premio indicado precedentemente provienen de (marque con una **X** la opción que corresponde):

_____ Ingresos genuinos/Ahorros personales, provenientes de mi actividad Económica, Profesional, Laboral, Comercial.

_____ Herencia, Legado o donación.

_____ Venta de bienes inmuebles propios.

_____ Otro origen _____

DECLARO BAJO JURAMENTO que los datos consignados en el presente formulario (Declaración Jurada de Identificación de "Personas Físicas") son correctos, completos y fiel expresión de la verdad, comprometiéndome a comunicar en forma fehaciente a la aseguradora cualquier cambio que se produzca sobre los mismos.

Observación: NO DEJAR ESPACIOS EN BLANCO, se deben completar todos los campos que correspondan y tachar los que no corresponden.

Documentos que debe presentar adjuntos a la presente declaración:

Cliente:

- ✔ Copia del Documento de Identidad y Copia de su constancia de RUC (si corresponde).
- ✔ Documentos de Ingresos (últimos 3 IVAs o I.P.S o Formulario de pago de Impuesto a la Renta o Balance General Cerrado del último período).
- ✔ En el caso de las personas extranjeras, presentar copia de su pasaporte con la visa vigente y documento de identidad original oficial emitida por autoridad competente del país de origen, vigente a la fecha de su presentación, en donde se ubique la fotografía del portador y su firma.

Representante Legal, Apoderado y/o Autorizado del Cliente:

- ✔ Copia del Documento de Identidad y Copia del RUC.
- ✔ Copia autenticada del poder otorgado.

_____

Firma del Titular o Apoderado

Aclaración: _____

Documento N° : _____

En carácter de: _____

Aprobado por el Directorio - Acta N° 990 de fecha 21.08.2020

DECLARACIÓN JURADA DE IDENTIFICACION DEL CLIENTE "PERSONAS JURÍDICAS"

DATOS DEL CLIENTE

Fecha: **21 de octubre de 2020**

Denominación o Razón Social: _____

Fecha de Constitución: _____ R.U.C.: _____

Actividad Económica Principal: _____

Domicilio Legal: Calle: _____ N° _____ Barrio: _____

Departamento: _____ Ciudad: _____ País: _____

Teléfono Comercial: _____ Página Web: _____ Correo: **Completar mail**

Personas Jurídicas vinculadas al Cliente y Grupo Financiero:

_____ RUC: _____ _____ RUC: _____

_____ RUC: _____ _____ RUC: _____

Los Peps son las personas físicas que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas en nuestro país o en un país extranjero.

¿Usted dispone dentro de sus Accionistas o Representantes de la firma alguna Persona Física que sea o estén vinculados a una Persona Expuesta Políticamente (PEPs)? S/ Res. SEPRELAD N° 50/2019

Si ☐ No ☐

Apellido y Nombre del PEP: _____

Institución: _____

Cargo: _____

Período: _____

Observación: En caso de contar o estar vinculado a un PEP, el mismo deberá completar el Formulario de Identificación de Clientes para Personas Físicas

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL, APODERADO Y/O AUTORIZADO DEL CLIENTE (1)

Apellidos, Nombres: _____ Sexo: F ☐ M ☐

N° de Documento: _____ Tipo de Documento: _____ R.U.C.: _____ Estado Civil: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Lugar: _____ Nacionalidad: _____

Domicilio Particular. Calle: _____ N°: _____ Barrio: _____

Departamento: _____ Ciudad: _____ País: _____

Teléfono Particular: _____ Celular: _____

Cargo que ocupa en la empresa: _____

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL, APODERADO Y/O AUTORIZADO DEL CLIENTE (2)

Apellidos, Nombres: _____ Sexo: F ☐ M ☐

N° de Documento: _____ Tipo de Documento: _____ R.U.C.: _____ Estado Civil: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Lugar: _____ Nacionalidad: _____

Domicilio Particular. Calle: _____ N°: _____ Barrio: _____

Departamento: _____ Ciudad: _____ País: _____

Teléfono Particular: _____ Celular: _____

Cargo que ocupa en la empresa: _____

Referente a los Accionistas o Socios de la Sociedad

Nombre y Apellido de los Accionistas o Socios: (Identificar a los accionistas, socios o asociados que tengan directa o indirectamente igual o mayor del diez por ciento (10%) del capital social, aporte o participación)	Tipo de Documento:	Número de Documento:	% Participación:

(*) En caso de que algún accionista, mencionado en el cuadro precedente, sea a su vez una Sociedad, deberá detallar los datos de todos los accionistas hasta obtener los datos de la/s Persona/s Física/s que directa o indirectamente ejercen el control real de la Persona Jurídica, en los siguientes cuadros según corresponda.

Denominación de la Sociedad 1:

Nombre y Apellido de los Accionistas:	Tipo de Documento:	Número de Documento:	% Participación:

Denominación de la Sociedad 2:

Nombre y Apellido de los Accionistas:	Tipo de Documento:	Número de Documento:	% Participación:

(Continuación)

DECLARACION JURADA DE ORIGEN DE FONDOS

En cumplimiento a lo establecido en el Art. 28 de la Ley N° 1015/97, modificada por la Ley 3783/09 que " Previene y reprime los actos ilícitos destinados a la legitimación de dinero o bienes" por la presente DECLARO BAJO JURAMENTO que los fondos y valores que se utilizarán para realizar las operaciones que dan lugar al trámite de seguro provienen y provendrán de una fuente lícita y no tiene relación alguna con dinero, capital, bienes, haberes, valores o títulos productos de las ACTIVIDADES ÍLICITAS.

El origen de los Fondos con los cuales obtuve los valores para adquirir el objeto del riesgo o el premio indicado precedentemente provienen de: (marque con una **X** la opción que corresponde)

_____ Ingresos genuinos/Ahorros personales, provenientes de mi actividad Económica, Profesional, Laboral, Comercial.

_____ Herencia, Legado o donación.

_____ Venta de bienes inmuebles propios.

_____ Otro origen:_____

DECLARO BAJO JURAMENTO que los datos consignados en el presente formulario (Declaración Jurada de Identificación de "Personas Jurídicas" Página 1 y 2) son correctos, completos y fiel expresión de la verdad, comprometiéndome a comunicar en forma fehaciente a la aseguradora cualquier cambio que se produzca sobre los mismos.

Observación: NO DEJAR ESPACIOS EN BLANCO, se deben completar todos los campos que correspondan y tachar los que no corresponden.

Documentos que debe presentar adjunto a la presente declaración según el tipo de Sociedad / Organización:

Sociedades Anónimas:

- ✔ Copia de Cédula de Identidad del Firmante del Formulario.
- ✔ Copia del Poder del Representante Legal.
- ✔ Constancia de RUC.
- ✔ Constancia de Inscripción de Beneficiarios Finales. Ley 6446/19
- ✔ Constancia de Inscripción de Personas o Estructuras Jurídicas. Ley 6446/19
- ✔ Ultima Acta de Asamblea.
- ✔ Constitución de Sociedad
- ✔ Modificaciones de Estatutos y/o Aumento de Capital (solo si corresponde).
- ✔ Documentos de Ingresos (Último Balance Cerrado con la firma del Contador).

Sociedades de Responsabilidad Limitada:

- ✔ Copia de Cédula de Identidad del Firmante del Formulario.
- ✔ Copia del Poder del Representante Legal.
- ✔ Constancia de RUC.
- ✔ Constitución de Sociedad.
- ✔ Modificaciones de Estatutos y/o Aumento de Capital.
- ✔ Constancia de Inscripción de Beneficiarios Finales. Ley 6446/19
- ✔ Constancia de Inscripción de Personas o Estructuras Jurídicas. Ley 6446/19
- ✔ Documentos de Ingresos (Último Balance Cerrado con la firma del Contador).

Organizaciones Sin Fines de Lucro:

- ✔ Copia de Cédula de Identidad del Firmante del Formulario.
- ✔ Copia del Poder del Representante Legal.
- ✔ Constancia de RUC.
- ✔ Estatuto Sociales.
- ✔ Copia de la última Acta de Asamblea en donde además se designa a los representantes o autoridades.
- ✔ Principales aportantes de la organización sin fines de lucro.
- ✔ Copia de Constancia de la Inscripción en la Seprelad como sujeto obligado (OSL/ONG).
- ✔ Constancia de Inscripción de Beneficiarios Finales. Ley 6446/19
- ✔ Constancia de Inscripción de Personas o Estructuras Jurídicas. Ley 6446/19
- ✔ Documentos de Ingresos (Último Balance Cerrado con la firma del Contador o Renta Anual presentada en la SET).

Cooperativas:

- ✔ Copia de Cédula de Identidad del Firmante del Formulario.
- ✔ Copia del Poder del Representante Legal.
- ✔ Constancia de RUC.
- ✔ Estatutos Sociales.
- ✔ Copia de la última Acta de Asamblea en donde además se designa a los representantes o autoridades.
- ✔ Constancia de Inscripción de Personas o Estructuras Jurídicas. Ley 6446/19.
- ✔ Última Memoria de la Cooperativa.
- ✔ Documentos de Ingresos (Último Balance Cerrado con la firma del Contador o Renta Anual presentada en la SET).

_____

Firma del Titular o Apoderado

Aclaración: _____

Documento N° : _____

En carácter de: _____

Asunción 16 de Setiembre de 2020

SEÑOR
GOBIERNO DEPARTAMENTAL DE SAN PEDRO
PRESENTE

De nuestra consideración:

Tenemos el agrado de dirigirnos a usted, a fin de poner a su consideración nuestra Propuesta de Seguro de Vehículo, cuyo costo y coberturas detallamos a continuación:

DETALLE DE COBERTURAS – PLAN BASICO – RESPONSABILIDAD CIVIL UNICAMENTE

RESPONSABILIDAD CIVIL- R.C.

- Daños a cosas de terceros hasta: Gs. 30.000.000.
- Lesiones corporales o muerte, una persona hasta: Gs. 40.000.000.
- Lesiones corporales o muerte, en conjunto hasta: Gs. 100.000.000.

OCUPANTES DEL VEHÍCULO – O.V.P. (HASTA 5 OCUPANTES)

- Muerte o invalidez por cada ocupante hasta: Gs. 30.000.000.
- Muerte o invalidez en conjunto hasta: Gs. 150.000.000.
- Gastos médicos por cada ocupante hasta: Gs. 5.000.000.
- Gastos médicos en conjunto hasta: Gs. 25.000.000.

SERVICIOS ADICIONALES

Carta Verde (Seguro Obligatorio del MERCOSUR) por un año.
Cobertura de cualquier conductor debidamente autorizado.
Grúa por desperfectos mecánicos a nivel nacional, para vehículos livianos y utilitarios con capacidad de carga hasta 3,5 toneladas (hasta tres eventos por vigencia).
Grúa para casos de accidentes a nivel nacional y Mercosur para vehículos livianos y utilitarios con capacidad de carga hasta 3,5 toneladas (hasta tres eventos por vigencia).
Ambulancia las 24 Horas para casos de accidentes.
Asistencia al vehículo por desperfectos mecánicos a nivel nacional (hasta tres eventos por vigencia).

Vehículo	Costo Anual Gs.
1 CAMIONETA CHEVROLET S10 AÑO 2018	1.200.000
TOTAL	1.200.000

Formas de pago: Cobrador, tarjetas de crédito y débito, Bocas de cobranza (Aquí Pago, Pago Express) transferencia bancaria. Financiado, Tarjeta de Crédito: 5% de descuento sobre precio financiado, Contado: 7% de descuento sobre precio financiado.

Quedamos a vuestra disposición para cualquier consulta sobre el particular y aprovechamos la ocasión para saludarles muy atentamente.

Asunción 16 de Setiembre de 2020

SEÑOR
GOBIERNO DEPARTAMENTAL DE SAN PEDRO
PRESENTE

De nuestra consideración:

Tenemos el agrado de dirigirnos a usted, a fin de poner a su consideración nuestra Propuesta de Seguro de Vehículo, cuyo costo y coberturas detallamos a continuación:

DETALLE DE COBERTURAS – PLAN BASICO – RESPONSABILIDAD CIVIL UNICAMENTE

RESPONSABILIDAD CIVIL- R.C.

- Daños a cosas de terceros hasta: Gs. 30.000.000.
- Lesiones corporales o muerte, una persona hasta: Gs. 40.000.000.
- Lesiones corporales o muerte, en conjunto hasta: Gs. 100.000.000.

OCUPANTES DEL VEHÍCULO – O.V.P. (HASTA 5 OCUPANTES)

- Muerte o invalidez por cada ocupante hasta: Gs. 30.000.000.
- Muerte o invalidez en conjunto hasta: Gs. 150.000.000.
- Gastos médicos por cada ocupante hasta: Gs. 5.000.000.
- Gastos médicos en conjunto hasta: Gs. 25.000.000.

SERVICIOS ADICIONALES

Carta Verde (Seguro Obligatorio del MERCOSUR) por un año.
Cobertura de cualquier conductor debidamente autorizado.
Grúa por desperfectos mecánicos a nivel nacional, para vehículos livianos y utilitarios con capacidad de carga hasta 3,5 toneladas (hasta tres eventos por vigencia).
Grúa para casos de accidentes a nivel nacional y Mercosur para vehículos livianos y utilitarios con capacidad de carga hasta 3,5 toneladas (hasta tres eventos por vigencia).
Ambulancia las 24 Horas para casos de accidentes.
Asistencia al vehículo por desperfectos mecánicos a nivel nacional (hasta tres eventos por vigencia).

Vehículo	Costo Anual Gs.
1 CAMIONETA CHEVROLET BLASER AÑO 2010	1.200.000
TOTAL	1.200.000

Formas de pago: Cobrador, tarjetas de crédito y débito, Bocas de cobranza (Aquí Pago, Pago Express) transferencia bancaria. Financiado, Tarjeta de Crédito: 5% de descuento sobre precio financiado, Contado: 7% de descuento sobre precio financiado.

Quedamos a vuestra disposición para cualquier consulta sobre el particular y aprovechamos la ocasión para saludarles muy atentamente.

SANCOR SEGUROS

Asunción, Jueves 22 de Octubre del 2020

Señor/a
GOBIERNO DEPARTAMENTAL DE SAN PEDRO
Presente

Referencia Cotiz. Seguro AUTO MAX

De nuestra consideración:

Por este medio tenemos el agrado de presentarles la oferta para la contratación del seguro de referencia, de acuerdo a la información facilitada previamente, con las condiciones de costo y coberturas señaladas a continuación:

DATOS DE COBERTURA

» Vehículo a Asegurar:	CHEVROLET S-10 LS C/S 2.8 4X4 DIESEL 2018
» Tipo de cobertura:	Cobertura 2: RC + APOV + AV + CV
» Vigencia:	Anual
» Cobertura:	**RESPONSABILIDAD CIVIL A TERCEROS:** - Lesiones o muerte de terceras personas Gs. 60.000.000.- Sub-limitado a Gs. 30.000.000 por persona. - Daños materiales causados a cosas de terceras personas Gs. 30.000.000. **ACCIDENTES PERSONALES, DE LOS OCUPANTES DEL VEHÍCULO (O.V.P.)** - Muerte o Invalidez Permanente, por persona Gs. 30.000.000 - Gastos médicos, por persona Gs. 10.000.000.- - Carta Verde por un año, únicamente para automóviles, pick ups y utilitarios. - Extensión de Cobertura en el extranjero (países del Mercosur, Chile y Bolivia). - Asistencia Integral al vehículo: Mecánica Ligera. Servicio de grúa y ambulancia para vehículos de hasta 3.500 Kg.
» Franquicia Deducible:	Exonerado
» Requisitos:	Propuesta solicitud de seguro debidamente complementada, firmada y fechada. Copia anexa de documento de identidad del titular y copia de documento del vehículo.

COSTO DEL SEGURO Y FINANCIACIÓN

» Costo por Vigencia Solicitada	Gs. 730.000	» Método de Pago	Efectivo
» Forma de Pago:	Contado	» Moneda	Guaranies

OBSERVACIONES

» Validez de la oferta:	15 días.
» Aclaraciones:	- La presente cotización no es un contrato, y está sujeta a cualquier modificación tarifaria dispuesta por el Asegurador.
» Observaciones del Servicio de Asistencia:	Para vehículos de hasta 3.500 kg. – Excluidos los camiones de transporte de mercaderías: **Mecánica ligera *** a. Acople de batería. b. Cambio de neumático. c. Reposición de combustible (costo del combustible a cargo del asegurado o titular). d. Cerrajería, para la apertura de la puerta principal del vehículo. ** Los servicios de mecánica ligera tienen un límite de dos (2) servicios al mes y un máximo de cuatro (4) al año de contrato por vehículo asegurado.* **Remolque *** A) Para vehículos con antigüedad mayor a diez años al momento de solicitar la asistencia: Dentro del Territorio Paraguayo: en caso de avería mecánica tiene un límite de traslado en kilometraje de hasta 150 Km., en caso de siniestro un límite de traslado en kilometraje de hasta 350 Km. En el Exterior: específicamente en los países de Argentina, Brasil, Bolivia y Uruguay, un límite de traslado en kilometraje de hasta 350 Km. en caso de avería mecánica y/o siniestro. B) Para vehículos con antigüedad menor o igual a 10 años al momento de solicitar la asistencia: Dentro del Territorio Paraguayo: en caso de avería mecánica y/o siniestro o choque el traslado en kilometraje es ilimitado. En el Exterior: específicamente en los países de Argentina, Brasil, Bolivia y Uruguay, un límite de traslado en kilometrajes de hasta 1.500 Km. en caso de avería mecánica y/o siniestro. ** Los servicios de remolque tienen un límite de 2 (dos) servicios al mes y un máximo de 4 (cuatro) servicios al año.* **Otros Servicios** - Traslado Sanitario o Ambulancia: Este y los demás servicios señalados a continuación se encuentran detallados en el Condicionado de Póliza, con sus alcances y forma de utilización. - Localización y envío de piezas de repuesto, en Viaje; - Estadía por inmovilización forzosa o robo del vehículo amparado, en Viaje; - Transporte de beneficiarios por inmovilización, en Viaje; - Traslado de restos, en Viaje; - Depósito o custodia del vehículo reparado, recuperado o siniestrado, en Viaje; - Servicio de conductor profesional, en Viaje; - Asesoramiento Legal Telefónico 24hs; - Servicio de Información pre-viaje. - En caso de Siniestros en Argentina, Uruguay, o Brasil, el asegurado será atendido por oficinas regionales del Grupo Sancor Seguros.

Hacemos propicia la ocasión para saludarlo atentamente, y ponernos desde ya a su disposición para cualquier consulta respecto a éste u otros seguros que pueda

precisar.

SANCOR SEGUROS DEL PARAGUAY S.A.

Firma del tomador:.....

Aclaración de firma:.....

Lugar:.....Fecha:.....

Elaborado por: Antonio Franco
COTIZADOR WEB 1.0

SANCOR SEGUROS

Asunción, Jueves 22 de Octubre del 2020

Señor/a
GOBIERNO DEPARTAMENTAL DE SAN PEDRO
Presente

Referencia Cotiz. Seguro AUTO MAX

De nuestra consideración:

Por este medio tenemos el agrado de presentarles la oferta para la contratación del seguro de referencia, de acuerdo a la información facilitada previamente, con las condiciones de costo y coberturas señaladas a continuación:

DATOS DE COBERTURA

» Vehículo a Asegurar:	CHEVROLET BLAZER DLX.4X2 2010
» Tipo de cobertura:	Cobertura 2: RC + APOV + AV + CV
» Vigencia:	Anual
» Cobertura:	**RESPONSABILIDAD CIVIL A TERCEROS:** - Lesiones o muerte de terceras personas Gs. 60.000.000.- Sub-limitado a Gs. 30.000.000 por persona. - Daños materiales causados a cosas de terceras personas Gs. 30.000.000. **ACCIDENTES PERSONALES, DE LOS OCUPANTES DEL VEHÍCULO (O.V.P.)** - Muerte o Invalidez Permanente, por persona Gs. 30.000.000 - Gastos médicos, por persona Gs. 10.000.000.- - Carta Verde por un año, únicamente para automóviles, pick ups y utilitarios. - Extensión de Cobertura en el extranjero (países del Mercosur, Chile y Bolivia). - Asistencia Integral al vehículo: Mecánica Ligera, Servicio de grúa y ambulancia para vehiculos de hasta 3.500 Kg.
» Franquicia Deducible:	Exonerado
» Requisitos:	Propuesta solicitud de seguro debidamente complementada, firmada y fechada. Copia anexa de documento de identidad del titular y copia de documento del vehículo.

COSTO DEL SEGURO Y FINANCIACIÓN

» Costo por Vigencia Solicitada	Gs. 730.000	» Método de Pago	Efectivo
» Forma de Pago:	Contado	» Moneda	Guaranies

OBSERVACIONES

» Validez de la oferta:	15 días.
» Aclaraciones:	- La presente cotización no es un contrato, y está sujeta a cualquier modificación tarifaria dispuesta por el Asegurador.
» Observaciones del Servicio de Asistencia:	Para vehículos de hasta 3.500 kg. – Excluidos los camiones de transporte de mercaderías: **Mecánica ligera *** a. Acople de bateria. b. Cambio de neumático. c. Reposición de combustible (costo del combustible a cargo del asegurado o titular). d. Cerrajería, para la apertura de la puerta principal del vehículo. ** Los servicios de mecánica ligera tienen un límite de dos (2) servicios al mes y un máximo de cuatro (4) al año de contrato por vehículo asegurado.* **Remolque *** A) Para vehículos con antigüedad mayor a diez años al momento de solicitar la asistencia; Dentro del Territorio Paraguayo: en caso de avería mecánica tiene un límite de traslado en kilometraje de hasta 150 Km., en caso de siniestro un límite de traslado en kilometraje de hasta 350 Km. En el Exterior: específicamente en los países de Argentina, Brasil, Bolivia y Uruguay, un límite de traslado en kilometraje de hasta 350 Km. en caso de avería mecánica y/o siniestro. B) Para vehículos con antigüedad menor o igual a 10 años al momento de solicitar la asistencia: Dentro del Territorio Paraguayo: en caso de avería mecánica y/o siniestro o choque el traslado en kilometraje es ilimitado. En el Exterior: específicamente en los países de Argentina, Brasil, Bolivia y Uruguay, un límite de traslado en kilometrajes de hasta 1.500 Km. en caso de avería mecánica y/o siniestro. ** Los servicios de remolque tienen un límite de 2 (dos) servicios al mes y un máximo de 4 (cuatro) servicios al año.* **Otros Servicios** - Traslado Sanitario o Ambulancia: Este y los demás servicios señalados a continuación se encuentran detallados en el Condicionado de Póliza, con sus alcances y forma de utilización. - Localización y envío de piezas de repuesto, en Viaje; - Estadía por inmovilización forzosa o robo del vehículo amparado, en Viaje; - Transporte de beneficiarios por inmovilización, en Viaje; - Traslado de restos, en Viaje; - Depósito o custodia del vehículo reparado, recuperado o siniestrado, en Viaje; - Servicio de conductor profesional, en Viaje; - Asesoramiento Legal Telefónico 24hs; - Servicio de Información pre-viaje. - En caso de Siniestros en Argentina, Uruguay, o Brasil, el asegurado será atendido por oficinas regionales del Grupo Sancor Seguros.

Hacemos propicia la ocasión para saludarlo atentamente, y ponernos desde ya a su disposición para cualquier consulta respecto a éste u otros seguros que pueda

precisar.

SANCOR SEGUROS DEL PARAGUAY S.A.

Firma del tomador:.....

Aclaración de firma:.....

Lugar:.....Fecha:.....

Elaborado por: Antonio Franco
COTIZADOR WEB 1.0

Propuesta de Seguros - AUTOMÓVILES
AUTOMAS RESPONSABLE - SUPERIOR

Aseguradora Yacyreta

✔ Seguro Nuevo Endoso Póliza: _____ Vigencia Desde: 21/10/2020 Agente/Corredora: _____
___ Renovación de la Póliza N° _____ Hasta: 21/10/2021 Matrícula N°: _____

A) DATOS DEL ASEGURADO

Apellidos, Nombres: GOBIERNO DEPARTAMENTAL DE SAN PEDRO C.I./RUC: _____
Dirección Laboral: _____ Barrio: _____ Ciudad: _____
Dirección Particular: _____ Barrio: _____ Ciudad: _____
Teléfono Laboral: _____ Teléfono Particular: _____ Celular: COMPLETAR
Fecha de Nac./Const.: _____ E-mail: Completar mail Grupo: _____
Ocupación/Actividad: _____ **Fecha Máxima de recepción de facturas: El _____ de cada mes.**

Dirección de entrega de póliza: ☐ Particular ☐ Laboral ☐ Otra dirección: _____

TOMADOR/Factura a nombre de: _____ /RUC: _____ E-mail: _____
Dirección: _____ Bo./Ciudad: _____ Cel./Teléf.: _____

B) DATOS DEL VEHÍCULO

Tipo: CAMIONETA STATION WAGON Chasis: 9BG1480K0KC424880 Año: 2018
Marca: CHEVROLET Motor: _____ Chapa: HAG487
Modelo/Sub Modelo: S10 . Uso: PARTICULAR Vía Importación: REPRESENTANTE

B) COBERTURAS

		Sumas Aseguradas
Cobertura Básica N° 1 - Daños Materiales		
✔ Daños parciales por accidentes o incendio 100% del valor de mercado:	Gs	Excluido
✔ Daño total por accidentes o incendio 100% del valor del mercado:	Gs	Excluido
✔ Robo total del vehículo 100% del valor de mercado:	Gs	Excluido
Cobertura Básica N° 3 - Responsabilidad Civil		
✔ Lesiones corporales o muerte de una persona:	Gs	30.000.000
✔ Lesiones corporales o muerte de dos o más personas:	Gs	60.000.000
✔ Daños a cosas de terceros:	Gs	20.000.000
Cobertura Básica N° 4 - Accidentes Personales para los Ocupantes		
Cantidad de ocupantes (incluyendo al conductor):	Gs	7
✔ Muerte o incapacidad permanente para cada ocupante:	Gs	20.000.000
✔ Gastos de asistencia médica para cada ocupante:	Gs	8.000.000

D) ACCESORIOS ASEGURADOS

No se otorga cobertura para accesorios bajo este producto.

E) ADICIONALES DE COBERTURA Y SERVICIOS

✔ Servicio de grúa, acople, cerrajería, carga de combustible para vehículos de hasta 3.500 Kg. Hasta 1 evento por mes y 5 eventos por año. Limitado a 100Km. para desperfectos mecánicos y 300 km. para accidentes, contados desde el lugar donde se encuentra el vehículo.. Excluidos camiones, acoplados y minibuses.
✔ Carta Verde durante la vigencia de la póliza, (Cobertura Internacional de Responsabilidad Civil en Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Perú y Uruguay).

F) TRANSFERENCIA DE DERECHOS A FAVOR DE

Nombre: _____ C.I./RUC N°: _____ Teléfono/Celular: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ En calidad de: _____

G) PLAN DE PAGO

Forma de Pago	Medio de Pago	Franquicia	Entrega Inicial	Vcto. 1ra. Cuota	Cant. Cuotas	Cuotas Mensuales
Financiado	Efectivo	Sin Franquicia	96.700		9	96.700

H) LIQUIDACION DEL COSTO FINAL

Prima:	Gs	850.091	Interés por Financiación:	Gs	29.000	**Costo Final:**
IVA s/ prima:	Gs	85.009	IVA s/ interés:	Gs	2.900	(Premio del seguro)
Sub Total:	Gs	935.100	Costo de la Financiación:	Gs	31.900	**Gs 967.000**

Pago Vía: ☐ Cobrador: _____ ☐ Bocas de Cobranza (Aquí Pago/Bancard-Pago Móvil) ☐ Caja Matriz/Agencias

DECLARO QUE: todas las informaciones y afirmaciones contenidas en esta solicitud de seguro son ciertas y veraces, por lo que asumo la responsabilidad sobre la veracidad de las mismas, que son las bases del contrato con Aseguradora Yacyreta S.A., sujeto a sus cláusulas y condiciones que el tomador acepta en todas sus partes, autorizando a la compañía, en caso de que acepte, a emitir la respectiva póliza. Autorizo a Aseguradora Yacyreta S.A., en forma expresa e irrevocable, otorgando suficiente mandato de conformidad a los términos del Art. 917 inc. a), del Código Civil, para que por cuenta propia o a través de la Superintendencia de Seguros, pueda recabar y/o proveer información en plaza referente a mi cumplimiento de pagos, cantidad y monto de reclamos realizados. Asumo la responsabilidad de pagar todos los importes originados por la emisión la Póliza, impuestos, recargos y demás gastos detallados en la liquidación, así como el importe de la prima hasta el día de su anulación o cancelación, **sirviendo la presente propuesta de suficiente documento de reconocimiento de deuda.** La falta de pago de una cuota a su vencimiento, producirá el decaimiento de los plazos establecidos en todas las demás cuotas pactadas, facultando a Aseguradora Yacyreta S.A., a exigir el pago inmediato del saldo total adeudado. El simple vencimiento establecerá la mora, autorizando a la inclusión a la base de datos de cualquier empresa habilitada a proveer información de carácter privado, conforme a lo establecido en la Ley N° 1682/01. DECLARO BAJO JURAMENTO que los fondos y valores que se utilizarán para realizar las operaciones que dan lugar al trámite de seguro provienen y provendrán de una fuente lícita y no tiene relación alguna con dinero, capital, bienes, haberes, valores o títulos productos de las ACTIVIDADES ILICITAS como lo dicta la Ley N° 1015/97, y sus modificatorias en varios artículos por la Ley 3783/09 y la Ley 6497/2019 que "Previene y reprime los actos ilícitos destinados a la legitimación de dinero o bienes". Cuando el texto de la Póliza difiere 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. (Artículo 1556 Código Civil).
Autorizo a que la póliza a emitirse pueda ser impresa con firma facsimilar de acuerdo a lo que establece la Res. SS. SG. 136/18 de la Superintendencia de Seguros y las Leyes 4017/2010 y 4610/12.

USO INTERNO **N° de Registro:**

Corresponde	Si	No		Si	No
Consulta integral	☐	☐	Corte de vigencia	☐	☐
Impresión de AMLC	☐	☐	Formulario Insp.	☐	☐
Perfil comercial	☐	☐	Fotos de Insp.	☐	☐
Perfil económico	☐	☐			
Lista de docs. Cump.	☐	☐			
Formulario Déb.	☐	☐			
Nota de CCo.	☐	☐			
Cambio AG/C	☐	☐	V° B° Suscriptor		

Firma y Sello del Agente/Corredora Firma del Tomador
N° C.I. Firmante: _____
Elaborado el **21 de octubre de 2020** Fecha de firma: _____

V2021-P/S/BM/AF7/CC/FP/DF/BA/BF/DC/RM/TC/PA713727/CV136364/USUARIO
Seguro nuevo y renovación con interrupción de vigencia superior a 10 días: Sujeto a inspección.
Cuando se requiera inspección del vehículo, el formulario de inspección formará parte integrante de la presente propuesta.

www.yacyreta.com.py - (021) 617 8000
Avda. Aviadores del Chaco N° 1890 c/ P. Pablo Alborno
Asunción-Paraguay

Tipo de Persona

Aprobado por el Directorio - Acta N° 990 de fecha 21.08.2020

DECLARACIÓN JURADA DE IDENTIFICACION DEL CLIENTE "PERSONAS FÍSICAS"

DATOS DEL CLIENTE

Fecha: **21 de octubre de 2020**

Apellidos, Nombres: **GOBIERNO DEPARTAMENTAL DE SAN PEDRO** Sexo: F ☐ M ☐

N° de Documento: _____ Tipo de Doc.: _____ R.U.C.: _____ Estado Civil: _____

Dirección Particular: Calle: _____ N° _____ Barrio: _____

Departamento: _____ Ciudad: _____ País: _____

Teléf. Particular _____ Celular: **Completar** Correo: **Completar mail**

Fecha de Nacimiento _____ Lugar: _____ Nacionalidad: _____

Ocupación/Profesión o Actividad Económica _____

Nombre de la Empresa y/o Empleador _____ Teléf. Laboral: _____

Dirección Laboral: Calle: _____ Barrio: _____ Ciudad: _____

Apellidos y Nombres del Cónyuge: _____ C.I. N°: _____

***Los Peps son las personas físicas que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas en nuestro país o en un país extranjero**

Es Usted una Persona Expuesta Políticamente (PEP) o está vinculado a una? S/ Res. SEPRELAD N° 50/2019 Si ☐ No ☐

Institución: _____

Cargo _____

Período: _____

Vinculado con el PEP: _____

***En caso de ser PEP, favor completar los siguientes datos:**

Apellidos y Nombres del Padre: _____ C.I. N°: _____

Apellidos y Nombres de la Madre: _____ C.I. N°: _____

Apellidos y Nombres de los Hijos: 1 _____ C.I. N°: _____

2 _____ C.I. N°: _____

3 _____ C.I. N°: _____

***Personas Jurídicas o entes jurídicos en las que el PEP tenga el 10% o más de capital social, aporte o participación:**

Empresa: _____ % de Participación: _____

Empresa: _____ % de Participación: _____

Empresa: _____ % de Participación: _____

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL, APODERADO Y/O AUTORIZADO DEL CLIENTE

Apellidos, Nombres: _____ Sexo: F ☐ M ☐

N° de Documento: _____ Tipo de Documento: _____ R.U.C.: _____ Estado Civil: _____

Domicilio Particular: Calle: _____ N° _____ Barrio: _____

Departamento: _____ Ciudad: _____ País: _____

Teléf. Particular: _____ Celular: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Lugar: _____ Nacionalidad: _____

DECLARACION JURADA DE ORIGEN DE FONDOS

En cumplimiento a lo establecido en el Art. 28 de la Ley N° 1015/97, modificada por la Ley 3783/09 que "Previene y reprime los actos ilícitos destinados a la legitimación de dinero o bienes" por la presente DECLARO BAJO JURAMENTO que los fondos y valores que se utilizaran para realizar las operaciones que dan lugar al trámite de seguro provienen y provendrán de una fuente lícita y no tiene relación alguna con dinero, capital, bienes, haberes, valores o títulos productos de las ACTIVIDADES ILÍCITAS.

El origen de los Fondos con los cuales obtuve los valores para adquirir el objeto del riesgo o el premio indicado precedentemente provienen de (marque con una **X** la opción que corresponde):

_____ Ingresos genuinos/Ahorros personales, provenientes de mi actividad Económica, Profesional, Laboral, Comercial.

_____ Herencia, Legado o donación.

_____ Venta de bienes inmuebles propios.

_____ Otro origen _____

DECLARO BAJO JURAMENTO que los datos consignados en el presente formulario (Declaración Jurada de Identificación de "Personas Físicas") son correctos, completos y fiel expresión de la verdad, comprometiéndome a comunicar en forma fehaciente a la aseguradora cualquier cambio que se produzca sobre los mismos.

Observación: NO DEJAR ESPACIOS EN BLANCO, se deben completar todos los campos que correspondan y tachar los que no corresponden.

Documentos que debe presentar adjuntos a la presente declaración:

Cliente:

- ✔ Copia del Documento de Identidad y Copia de su constancia de RUC (si corresponde).
- ✔ Documentos de Ingresos (últimos 3 IVAs o I.P.S o Formulario de pago de Impuesto a la Renta o Balance General Cerrado del último período).
- ✔ En el caso de las personas extranjeras, presentar copia de su pasaporte con la visa vigente y documento de identidad original oficial emitida por autoridad competente del país de origen, vigente a la fecha de su presentación, en donde se ubique la fotografía del portador y su firma.

Representante Legal, Apoderado y/o Autorizado del Cliente:

- ✔ Copia del Documento de Identidad y Copia del RUC.
- ✔ Copia autenticada del poder otorgado.

_____

Firma del Titular o Apoderado

Aclaración: _____

Documento N° : _____

En carácter de: _____

Aprobado por el Directorio - Acta N° 990 de fecha 21.08.2020

DECLARACIÓN JURADA DE IDENTIFICACION DEL CLIENTE "PERSONAS JURÍDICAS"

DATOS DEL CLIENTE

Fecha: **21 de octubre de 2020**

Denominación o Razón Social: _____

Fecha de Constitución: _____ R.U.C.: _____

Actividad Económica Principal: _____

Domicilio Legal: Calle: _____ N° _____ Barrio: _____

Departamento: _____ Ciudad: _____ País: _____

Teléfono Comercial: _____ Página Web: _____ Correo: **Completar mail**

Personas Jurídicas vinculadas al Cliente y Grupo Financiero:

_____ RUC: _____ _____ RUC: _____

_____ RUC: _____ _____ RUC: _____

Los Peps son las personas físicas que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas en nuestro país o en un país extranjero.

¿Usted dispone dentro de sus Accionistas o Representantes de la firma alguna Persona Física que sea o estén vinculados a una Persona Expuesta Políticamente (PEPs)? S/ Res. SEPRELAD N° 50/2019

Si ☐ No ☐

Apellido y Nombre del PEP: _____

Institución: _____

Cargo: _____

Período: _____

Observación: En caso de contar o estar vinculado a un PEP, el mismo deberá completar el Formulario de Identificación de Clientes para Personas Físicas

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL, APODERADO Y/O AUTORIZADO DEL CLIENTE (1)

Apellidos, Nombres: _____ Sexo: F ☐ M ☐

N° de Documento: _____ Tipo de Documento: _____ R.U.C.: _____ Estado Civil: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Lugar: _____ Nacionalidad: _____

Domicilio Particular. Calle: _____ N°: _____ Barrio: _____

Departamento: _____ Ciudad: _____ País: _____

Teléfono Particular: _____ Celular: _____

Cargo que ocupa en la empresa: _____

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL, APODERADO Y/O AUTORIZADO DEL CLIENTE (2)

Apellidos, Nombres: _____ Sexo: F ☐ M ☐

N° de Documento: _____ Tipo de Documento: _____ R.U.C.: _____ Estado Civil: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Lugar: _____ Nacionalidad: _____

Domicilio Particular. Calle: _____ N°: _____ Barrio: _____

Departamento: _____ Ciudad: _____ País: _____

Teléfono Particular: _____ Celular: _____

Cargo que ocupa en la empresa: _____

Referente a los Accionistas o Socios de la Sociedad

Nombre y Apellido de los Accionistas o Socios: (Identificar a los accionistas, socios o asociados que tengan directa o indirectamente igual o mayor del diez por ciento (10%) del capital social, aporte o participación)	Tipo de Documento:	Número de Documento:	% Participación:

(*) En caso de que algún accionista, mencionado en el cuadro precedente, sea a su vez una Sociedad, deberá detallar los datos de todos los accionistas hasta obtener los datos de la/s Persona/s Física/s que directa o indirectamente ejercen el control real de la Persona Jurídica, en los siguientes cuadros según corresponda.

Denominación de la Sociedad 1:

Nombre y Apellido de los Accionistas:	Tipo de Documento:	Número de Documento:	% Participación:

Denominación de la Sociedad 2:

Nombre y Apellido de los Accionistas:	Tipo de Documento:	Número de Documento:	% Participación:

(Continuación)

DECLARACION JURADA DE ORIGEN DE FONDOS

En cumplimiento a lo establecido en el Art. 28 de la Ley N° 1015/97, modificada por la Ley 3783/09 que " Previene y reprime los actos ilícitos destinados a la legitimación de dinero o bienes" por la presente DECLARO BAJO JURAMENTO que los fondos y valores que se utilizarán para realizar las operaciones que dan lugar al trámite de seguro provienen y provendrán de una fuente lícita y no tiene relación alguna con dinero, capital, bienes, haberes, valores o títulos productos de las ACTIVIDADES ILICITAS.

El origen de los Fondos con los cuales obtuve los valores para adquirir el objeto del riesgo o el premio indicado precedentemente provienen de: (marque con una **X** la opción que corresponde)

_____ Ingresos genuinos/Ahorros personales, provenientes de mi actividad Económica, Profesional, Laboral, Comercial.

_____ Herencia, Legado o donación.

_____ Venta de bienes inmuebles propios.

_____ Otro origen:_____

DECLARO BAJO JURAMENTO que los datos consignados en el presente formulario (Declaración Jurada de Identificación de "Personas Jurídicas" Página 1 y 2) son correctos, completos y fiel expresión de la verdad, comprometiéndome a comunicar en forma fehaciente a la aseguradora cualquier cambio que se produzca sobre los mismos.

Observación: NO DEJAR ESPACIOS EN BLANCO, se deben completar todos los campos que correspondan y tachar los que no corresponden.

Documentos que debe presentar adjunto a la presente declaración según el tipo de Sociedad / Organización:

Sociedades Anónimas:

- ✔ Copia de Cédula de Identidad del Firmante del Formulario.
- ✔ Copia del Poder del Representante Legal.
- ✔ Constancia de RUC.
- ✔ Constancia de Inscripción de Beneficiarios Finales. Ley 6446/19
- ✔ Constancia de Inscripción de Personas o Estructuras Jurídicas. Ley 6446/19
- ✔ Ultima Acta de Asamblea.
- ✔ Constitución de Sociedad
- ✔ Modificaciones de Estatutos y/o Aumento de Capital (solo si corresponde).
- ✔ Documentos de Ingresos (Último Balance Cerrado con la firma del Contador).

Sociedades de Responsabilidad Limitada:

- ✔ Copia de Cédula de Identidad del Firmante del Formulario.
- ✔ Copia del Poder del Representante Legal.
- ✔ Constancia de RUC.
- ✔ Constitución de Sociedad.
- ✔ Modificaciones de Estatutos y/o Aumento de Capital.
- ✔ Constancia de Inscripción de Beneficiarios Finales. Ley 6446/19
- ✔ Constancia de Inscripción de Personas o Estructuras Jurídicas. Ley 6446/19
- ✔ Documentos de Ingresos (Último Balance Cerrado con la firma del Contador).

Organizaciones Sin Fines de Lucro:

- ✔ Copia de Cédula de Identidad del Firmante del Formulario.
- ✔ Copia del Poder del Representante Legal.
- ✔ Constancia de RUC.
- ✔ Estatuto Sociales.
- ✔ Copia de la última Acta de Asamblea en donde además se designa a los representantes o autoridades.
- ✔ Principales aportantes de la organización sin fines de lucro.
- ✔ Copia de Constancia de la Inscripción en la Seprelad como sujeto obligado (OSL/ONG).
- ✔ Constancia de Inscripción de Beneficiarios Finales. Ley 6446/19
- ✔ Constancia de Inscripción de Personas o Estructuras Jurídicas. Ley 6446/19
- ✔ Documentos de Ingresos (Último Balance Cerrado con la firma del Contador o Renta Anual presentada en la SET).

Cooperativas:

- ✔ Copia de Cédula de Identidad del Firmante del Formulario.
- ✔ Copia del Poder del Representante Legal.
- ✔ Constancia de RUC.
- ✔ Estatutos Sociales.
- ✔ Copia de la última Acta de Asamblea en donde además se designa a los representantes o autoridades.
- ✔ Constancia de Inscripción de Personas o Estructuras Jurídicas. Ley 6446/19.
- ✔ Última Memoria de la Cooperativa.
- ✔ Documentos de Ingresos (Último Balance Cerrado con la firma del Contador o Renta Anual presentada en la SET).

_____

Firma del Titular o Apoderado

Aclaración: _____

Documento N° : _____

En carácter de: _____

Propuesta de Seguros - AUTOMÓVILES
AUTOMAS RESPONSABLE - SUPERIOR

Aseguradora Yacyreta

✔ Seguro Nuevo Endoso Póliza: _____ Vigencia Desde: 21/10/2020 Agente/Corredora: _____
___ Renovación de la Póliza N° _____ Hasta: 21/10/2021 Matrícula N°: _____

A) DATOS DEL ASEGURADO

Apellidos, Nombres: GOBIERNO DEPARTAMENTAL DE SAN PEDRO C.I./RUC: _____
Dirección Laboral: _____ Barrio: _____ Ciudad: _____
Dirección Particular: _____ Barrio: _____ Ciudad: _____
Teléfono Laboral: _____ Teléfono Particular: _____ Celular: COMPLETAR
Fecha de Nac./Const.: _____ E-mail: Completar mail Grupo: _____
Ocupación/Actividad: _____ **Fecha Máxima de recepción de facturas: El _____ de cada mes.**

Dirección de entrega de póliza: ☐ Particular ☐ Laboral ☐ Otra dirección: _____

TOMADOR/Factura a nombre de: _____ /RUC: _____ E-mail: _____
Dirección: _____ Bo./Ciudad: _____ Cel./Teléf.: _____

B) DATOS DEL VEHÍCULO

Tipo: CAMIONETA STATION WAGON Chasis: 9BG116BC0AC441522 Año: 2010
Marca: CHEVROLET Motor: _____ Chapa: BEK038
Modelo/Sub Modelo: BLAZER . Uso: PARTICULAR Vía Importación: REPRESENTANTE

B) COBERTURAS

		Sumas Aseguradas
Cobertura Básica N° 1 - Daños Materiales		
✔ Daños parciales por accidentes o incendio 100% del valor de mercado:	Gs	Excluido
✔ Daño total por accidentes o incendio 100% del valor del mercado:	Gs	Excluido
✔ Robo total del vehículo 100% del valor de mercado:	Gs	Excluido
Cobertura Básica N° 3 - Responsabilidad Civil		
✔ Lesiones corporales o muerte de una persona:	Gs	30.000.000
✔ Lesiones corporales o muerte de dos o más personas:	Gs	60.000.000
✔ Daños a cosas de terceros:	Gs	20.000.000
Cobertura Básica N° 4 - Accidentes Personales para los Ocupantes		
Cantidad de ocupantes (incluyendo al conductor):	Gs	7
✔ Muerte o incapacidad permanente para cada ocupante:	Gs	20.000.000
✔ Gastos de asistencia médica para cada ocupante:	Gs	8.000.000

D) ACCESORIOS ASEGURADOS

No se otorga cobertura para accesorios bajo este producto.

E) ADICIONALES DE COBERTURA Y SERVICIOS

✔ Servicio de grúa, acople, cerrajería, carga de combustible para vehículos de hasta 3.500 Kg. Hasta 1 evento por mes y 5 eventos por año. Limitado a 100Km. para desperfectos mecánicos y 300 km. para accidentes, contados desde el lugar donde se encuentra el vehículo.. Excluidos camiones, acoplados y minibuses.
✔ Carta Verde durante la vigencia de la póliza, (Cobertura Internacional de Responsabilidad Civil en Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Perú y Uruguay).

F) TRANSFERENCIA DE DERECHOS A FAVOR DE

Nombre: _____ C.I./RUC N°: _____ Teléfono/Celular: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ En calidad de: _____

G) PLAN DE PAGO

Forma de Pago	Medio de Pago	Franquicia	Entrega Inicial	Vcto. 1ra. Cuota	Cant. Cuotas	Cuotas Mensuales
Financiado	Efectivo	Sin Franquicia	96.700		9	96.700

H) LIQUIDACION DEL COSTO FINAL

Prima:	Gs	850.091	Interés por Financiación:	Gs	29.000	**Costo Final:**
IVA s/ prima:	Gs	85.009	IVA s/ interés:	Gs	2.900	(Premio del seguro)
Sub Total:	Gs	935.100	Costo de la Financiación:	Gs	31.900	**Gs 967.000**

Pago Vía: ☐ Cobrador: _____ ☐ Bocas de Cobranza (Aquí Pago/Bancard-Pago Móvil) ☐ Caja Matriz/Agencias

DECLARO QUE: todas las informaciones y afirmaciones contenidas en esta solicitud de seguro son ciertas y veraces, por lo que asumo la responsabilidad sobre la veracidad de las mismas, que son las bases del contrato con Aseguradora Yacyreta S.A., sujeto a sus cláusulas y condiciones que el tomador acepta en todas sus partes, autorizando a la compañía, en caso de que acepte, a emitir la respectiva póliza. Autorizo a Aseguradora Yacyreta S.A., en forma expresa e irrevocable, otorgando suficiente mandato de conformidad a los términos del Art. 917 inc. a), del Código Civil, para que por cuenta propia o a través de la Superintendencia de Seguros, pueda recabar y/o proveer información en plaza referente a mi cumplimiento de pagos, cantidad y monto de reclamos realizados. Asumo la responsabilidad de pagar todos los importes originados por la emisión la Póliza, impuestos, recargos y demás gastos detallados en la liquidación, así como el importe de la prima hasta el día de su anulación o cancelación, **sirviendo la presente propuesta de suficiente documento de reconocimiento de deuda.** La falta de pago de una cuota a su vencimiento, producirá el decaimiento de los plazos establecidos en todas las demás cuotas pactadas, facultando a Aseguradora Yacyreta S.A., a exigir el pago inmediato del saldo total adeudado. El simple vencimiento establecerá la mora, autorizando a la inclusión a la base de datos de cualquier empresa habilitada a proveer información de carácter privado, conforme a lo establecido en la Ley N° 1682/01. DECLARO BAJO JURAMENTO que los fondos y valores que se utilizarán para realizar las operaciones que dan lugar al trámite de seguro provienen y provendrán de una fuente lícita y no tiene relación alguna con dinero, capital, bienes, haberes, valores o títulos productos de las ACTIVIDADES ILICITAS como lo dicta la Ley N° 1015/97, y sus modificatorias en varios artículos por la Ley 3783/09 y la Ley 6497/2019 que "Previene y reprime los actos ilícitos destinados a la legitimación de dinero o bienes". Cuando el texto de la Póliza difiere 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. (Artículo 1556 Código Civil).
Autorizo a que la póliza a emitirse pueda ser impresa con firma facsimilar de acuerdo a lo que establece la Res. SS. SG. 136/18 de la Superintendencia de Seguros y las Leyes 4017/2010 y 4610/12.

USO INTERNO **N° de Registro:**

Corresponde	Si	No		Si	No
Consulta integral	☐	☐	Corte de vigencia	☐	☐
Impresión de AMLC	☐	☐	Formulario Insp.	☐	☐
Perfil comercial	☐	☐	Fotos de Insp.	☐	☐
Perfil económico	☐	☐			
Lista de docs. Cump.	☐	☐			
Formulario Déb.	☐	☐			
Nota de CCo.	☐	☐			
Cambio AG/C	☐	☐	V° B° Suscriptor		

Firma y Sello del Agente/Corredora Firma del Tomador
N° C.I. Firmante: _____
Elaborado el **21 de octubre de 2020** Fecha de firma: _____

V2021-P/S/BM/AF0/CC/FP/DF/BA/BF/DC/RM/TC/PA713727/CV136364/USUARIO
Seguro nuevo y renovación con interrupción de vigencia superior a 10 días: Sujeto a inspección.
Cuando se requiera inspección del vehículo, el formulario de inspección formará parte integrante de la presente propuesta.

www.yacyreta.com.py - (021) 617 8000
Avda. Aviadores del Chaco N° 1590 c/ P. Pablo Alborno
Asunción-Paraguay

Tipo de Persona

Aprobado por el Directorio - Acta N° 990 de fecha 21.08.2020

DECLARACIÓN JURADA DE IDENTIFICACION DEL CLIENTE "PERSONAS FÍSICAS"

DATOS DEL CLIENTE

Fecha: **21 de octubre de 2020**

Apellidos, Nombres: **GOBIERNO DEPARTAMENTAL DE SAN PEDRO** Sexo: F ☐ M ☐

N° de Documento: _____ Tipo de Doc.: _____ R.U.C.: _____ Estado Civil: _____

Dirección Particular: Calle: _____ N° _____ Barrio: _____

Departamento: _____ Ciudad: _____ País: _____

Teléf. Particular _____ Celular: **Completar** Correo: **Completar mail**

Fecha de Nacimiento _____ Lugar: _____ Nacionalidad: _____

Ocupación/Profesión o Actividad Económica _____

Nombre de la Empresa y/o Empleador _____ Teléf. Laboral: _____

Dirección Laboral: Calle: _____ Barrio: _____ Ciudad: _____

Apellidos y Nombres del Cónyuge: _____ C.I. N°: _____

***Los Peps son las personas físicas que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas en nuestro país o en un país extranjero**

Es Usted una Persona Expuesta Políticamente (PEP) o está vinculado a una? S/ Res. SEPRELAD N° 50/2019 Si ☐ No ☐

Institución: _____

Cargo _____

Período: _____

Vinculado con el PEP: _____

***En caso de ser PEP, favor completar los siguientes datos:**

Apellidos y Nombres del Padre: _____ C.I. N°: _____

Apellidos y Nombres de la Madre: _____ C.I. N°: _____

Apellidos y Nombres de los Hijos: 1 _____ C.I. N°: _____

2 _____ C.I. N°: _____

3 _____ C.I. N°: _____

***Personas Jurídicas o entes jurídicos en las que el PEP tenga el 10% o más de capital social, aporte o participación:**

Empresa: _____ % de Participación: _____

Empresa: _____ % de Participación: _____

Empresa: _____ % de Participación: _____

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL, APODERADO Y/O AUTORIZADO DEL CLIENTE

Apellidos, Nombres: _____ Sexo: F ☐ M ☐

N° de Documento: _____ Tipo de Documento: _____ R.U.C.: _____ Estado Civil: _____

Domicilio Particular: Calle: _____ N° _____ Barrio: _____

Departamento: _____ Ciudad: _____ País: _____

Teléf. Particular: _____ Celular: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Lugar: _____ Nacionalidad: _____

DECLARACION JURADA DE ORIGEN DE FONDOS

En cumplimiento a lo establecido en el Art. 28 de la Ley N° 1015/97, modificada por la Ley 3783/09 que "Previene y reprime los actos ilícitos destinados a la legitimación de dinero o bienes" por la presente DECLARO BAJO JURAMENTO que los fondos y valores que se utilizaran para realizar las operaciones que dan lugar al trámite de seguro provienen y provendrán de una fuente lícita y no tiene relación alguna con dinero, capital, bienes, haberes, valores o títulos productos de las ACTIVIDADES ILÍCITAS.

El origen de los Fondos con los cuales obtuve los valores para adquirir el objeto del riesgo o el premio indicado precedentemente provienen de (marque con una **X** la opción que corresponde):

_____ Ingresos genuinos/Ahorros personales, provenientes de mi actividad Económica, Profesional, Laboral, Comercial.

_____ Herencia, Legado o donación.

_____ Venta de bienes inmuebles propios.

_____ Otro origen _____

DECLARO BAJO JURAMENTO que los datos consignados en el presente formulario (Declaración Jurada de Identificación de "Personas Físicas") son correctos, completos y fiel expresión de la verdad, comprometiéndome a comunicar en forma fehaciente a la aseguradora cualquier cambio que se produzca sobre los mismos.

Observación: NO DEJAR ESPACIOS EN BLANCO, se deben completar todos los campos que correspondan y tachar los que no corresponden.

Documentos que debe presentar adjuntos a la presente declaración:

Cliente:

- ✔ Copia del Documento de Identidad y Copia de su constancia de RUC (si corresponde).
- ✔ Documentos de Ingresos (últimos 3 IVAs o I.P.S o Formulario de pago de Impuesto a la Renta o Balance General Cerrado del último período).
- ✔ En el caso de las personas extranjeras, presentar copia de su pasaporte con la visa vigente y documento de identidad original oficial emitida por autoridad competente del país de origen, vigente a la fecha de su presentación, en donde se ubique la fotografía del portador y su firma.

Representante Legal, Apoderado y/o Autorizado del Cliente:

- ✔ Copia del Documento de Identidad y Copia del RUC.
- ✔ Copia autenticada del poder otorgado.

_____

Firma del Titular o Apoderado

Aclaración: _____

Documento N° : _____

En carácter de: _____

Aprobado por el Directorio - Acta N° 990 de fecha 21.08.2020

DECLARACIÓN JURADA DE IDENTIFICACION DEL CLIENTE "PERSONAS JURÍDICAS"

DATOS DEL CLIENTE

Fecha: **21 de octubre de 2020**

Denominación o Razón Social: _____

Fecha de Constitución: _____ R.U.C.: _____

Actividad Económica Principal: _____

Domicilio Legal: Calle: _____ N° _____ Barrio: _____

Departamento: _____ Ciudad: _____ País: _____

Teléfono Comercial: _____ Página Web: _____ Correo: **Completar mail**

Personas Jurídicas vinculadas al Cliente y Grupo Financiero:

_____ RUC: _____ _____ RUC: _____

_____ RUC: _____ _____ RUC: _____

Los Peps son las personas físicas que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas en nuestro país o en un país extranjero.

¿Usted dispone dentro de sus Accionistas o Representantes de la firma alguna Persona Física que sea o estén vinculados a una Persona Expuesta Políticamente (PEPs)? S/ Res. SEPRELAD N° 50/2019

Si ☐ No ☐

Apellido y Nombre del PEP: _____

Institución: _____

Cargo: _____

Período: _____

Observación: En caso de contar o estar vinculado a un PEP, el mismo deberá completar el Formulario de Identificación de Clientes para Personas Físicas

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL, APODERADO Y/O AUTORIZADO DEL CLIENTE (1)

Apellidos, Nombres: _____ Sexo: F ☐ M ☐

N° de Documento: _____ Tipo de Documento: _____ R.U.C.: _____ Estado Civil: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Lugar: _____ Nacionalidad: _____

Domicilio Particular. Calle: _____ N°: _____ Barrio: _____

Departamento: _____ Ciudad: _____ País: _____

Teléfono Particular: _____ Celular: _____

Cargo que ocupa en la empresa: _____

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL, APODERADO Y/O AUTORIZADO DEL CLIENTE (2)

Apellidos, Nombres: _____ Sexo: F ☐ M ☐

N° de Documento: _____ Tipo de Documento: _____ R.U.C.: _____ Estado Civil: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Lugar: _____ Nacionalidad: _____

Domicilio Particular. Calle: _____ N°: _____ Barrio: _____

Departamento: _____ Ciudad: _____ País: _____

Teléfono Particular: _____ Celular: _____

Cargo que ocupa en la empresa: _____

Referente a los Accionistas o Socios de la Sociedad

Nombre y Apellido de los Accionistas o Socios: (Identificar a los accionistas, socios o asociados que tengan directa o indirectamente igual o mayor del diez por ciento (10%) del capital social, aporte o participación)	Tipo de Documento:	Número de Documento:	% Participación:

(*) En caso de que algún accionista, mencionado en el cuadro precedente, sea a su vez una Sociedad, deberá detallar los datos de todos los accionistas hasta obtener los datos de la/s Persona/s Física/s que directa o indirectamente ejercen el control real de la Persona Jurídica, en los siguientes cuadros según corresponda.

Denominación de la Sociedad 1:

Nombre y Apellido de los Accionistas:	Tipo de Documento:	Número de Documento:	% Participación:

Denominación de la Sociedad 2:

Nombre y Apellido de los Accionistas:	Tipo de Documento:	Número de Documento:	% Participación:

(Continuación)

DECLARACION JURADA DE ORIGEN DE FONDOS

En cumplimiento a lo establecido en el Art. 28 de la Ley N° 1015/97, modificada por la Ley 3783/09 que " Previene y reprime los actos ilícitos destinados a la legitimación de dinero o bienes" por la presente DECLARO BAJO JURAMENTO que los fondos y valores que se utilizarán para realizar las operaciones que dan lugar al trámite de seguro provienen y provendrán de una fuente lícita y no tiene relación alguna con dinero, capital, bienes, haberes, valores o títulos productos de las ACTIVIDADES ÍLICITAS.

El origen de los Fondos con los cuales obtuve los valores para adquirir el objeto del riesgo o el premio indicado precedentemente provienen de: (marque con una **X** la opción que corresponde)

_____ Ingresos genuinos/Ahorros personales, provenientes de mi actividad Económica, Profesional, Laboral, Comercial.

_____ Herencia, Legado o donación.

_____ Venta de bienes inmuebles propios.

_____ Otro origen: _____

DECLARO BAJO JURAMENTO que los datos consignados en el presente formulario (Declaración Jurada de Identificación de "Personas Jurídicas" Página 1 y 2) son correctos, completos y fiel expresión de la verdad, comprometiéndome a comunicar en forma fehaciente a la aseguradora cualquier cambio que se produzca sobre los mismos.

Observación: NO DEJAR ESPACIOS EN BLANCO, se deben completar todos los campos que correspondan y tachar los que no corresponden.

Documentos que debe presentar adjunto a la presente declaración según el tipo de Sociedad / Organización:

Sociedades Anónimas:
- ✔ Copia de Cédula de Identidad del Firmante del Formulario.
- ✔ Copia del Poder del Representante Legal.
- ✔ Constancia de RUC.
- ✔ Constancia de Inscripción de Beneficiarios Finales. Ley 6446/19
- ✔ Constancia de Inscripción de Personas o Estructuras Jurídicas. Ley 6446/19
- ✔ Ultima Acta de Asamblea.
- ✔ Constitución de Sociedad
- ✔ Modificaciones de Estatutos y/o Aumento de Capital (solo si corresponde).
- ✔ Documentos de Ingresos (Último Balance Cerrado con la firma del Contador).

Sociedades de Responsabilidad Limitada:
- ✔ Copia de Cédula de Identidad del Firmante del Formulario.
- ✔ Copia del Poder del Representante Legal.
- ✔ Constancia de RUC.
- ✔ Constitución de Sociedad.
- ✔ Modificaciones de Estatutos y/o Aumento de Capital.
- ✔ Constancia de Inscripción de Beneficiarios Finales. Ley 6446/19
- ✔ Constancia de Inscripción de Personas o Estructuras Jurídicas. Ley 6446/19
- ✔ Documentos de Ingresos (Último Balance Cerrado con la firma del Contador).

Organizaciones Sin Fines de Lucro:
- ✔ Copia de Cédula de Identidad del Firmante del Formulario.
- ✔ Copia del Poder del Representante Legal.
- ✔ Constancia de RUC.
- ✔ Estatuto Sociales.
- ✔ Copia de la última Acta de Asamblea en donde además se designa a los representantes o autoridades.
- ✔ Principales aportantes de la organización sin fines de lucro.
- ✔ Copia de Constancia de la Inscripción en la Seprelad como sujeto obligado (OSL/ONG).
- ✔ Constancia de Inscripción de Beneficiarios Finales. Ley 6446/19
- ✔ Constancia de Inscripción de Personas o Estructuras Jurídicas. Ley 6446/19
- ✔ Documentos de Ingresos (Último Balance Cerrado con la firma del Contador o Renta Anual presentada en la SET).

Cooperativas:
- ✔ Copia de Cédula de Identidad del Firmante del Formulario.
- ✔ Copia del Poder del Representante Legal.
- ✔ Constancia de RUC.
- ✔ Estatutos Sociales.
- ✔ Copia de la última Acta de Asamblea en donde además se designa a los representantes o autoridades.
- ✔ Constancia de Inscripción de Personas o Estructuras Jurídicas. Ley 6446/19.
- ✔ Última Memoria de la Cooperativa.
- ✔ Documentos de Ingresos (Último Balance Cerrado con la firma del Contador o Renta Anual presentada en la SET).

_____

Firma del Titular o Apoderado

Aclaración: _____

Documento N° : _____

En carácter de: _____