

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



**NOTA SS.SG. N° 448/2024**

Asunción, 26 de agosto de 2024

Señor  
César Barreto Otazú, **presidente**  
**FAMILIAR SEGUROS S.A.**  
Presente

Nos dirigimos a usted en atención a la nota de f/12.08.2024, remitida vía correo electrónico, por la cual solicita el código de Registro del Plan de Seguro denominado: **“Microseguro de Vida”**.

Al respecto, sobre la base del marco normativo de la Res. SS.SG. N° 238/19 de f/22.11.2019 «Modificación de la Res. SS.SG. N° 215/17 “Registro de Planes de Seguro y Emisión de Instrumentos de Cobertura – Pautas Generales”», comunicamos que el mencionado plan de seguro ha sido incorporado al Registro Público de Planes de Seguros a nombre de la empresa.

No obstante, la solicitud con f/21.06.2024 y su incorporación al Registro de Planes de Seguro de esta autoridad de control, está sujeta a las previsiones del artículo 61, inciso h) de la Ley N° 827/96 “De Seguros”, *Obligaciones y Atribuciones, que establece: “Obligaciones y atribuciones. El Superintendente de Seguros tendrá las siguientes obligaciones y atribuciones, sin perjuicio de otras que estipule la ley: ... La Autoridad de Control podrá rechazar los modelos a ella remitidos dentro de los treinta días hábiles y no los inscribirá en su registro, cuando contengan cláusulas que se opongan a las prescripciones legales o induzcan a error a los asegurados. Del mismo modo, mediante resolución fundada, podrá eliminar de sus registros los modelos ya inscriptos o disponer su modificación”*.

Téngase presente que la adecuación de los planes presentados ante la Superintendencia de Seguros, a la ley y regulación vigentes, son de exclusiva responsabilidad de las compañías de seguro, debiendo responder ante los usuarios del seguro por los eventuales perjuicios ocasionados.

Los detalles sobre la incorporación al Registro Público de Planes de Seguros se exponen en el siguiente cuadro:

**Registro Identificador Del Plan De Seguro**

| Sección          | Denominación        | Código De Registro N° |
|------------------|---------------------|-----------------------|
| Vida Corto Plazo | Microseguro de Vida | 62-VC.0005            |

Atentamente,  
MARCO  
TULIO  
BENITEZ  
GADEA  
Intendente de Estudios Técnicos

Firmado digitalmente por  
MARCO TULIO  
BENITEZ GADEA  
Fecha: 2024.08.27  
09:38:03 -04'00'

ADRIANA  
JAZMIN  
BERNAL  
LUGO  
Superintendente de Seguros

Firmado digitalmente por  
ADRIANA JAZMIN  
BERNAL LUGO  
Fecha: 2024.08.27  
10:09:24 -04'00'

Denominación del Plan: MICROSEGURO DE VIDA.

|                                           |    |
|-------------------------------------------|----|
| 1. Descripción del plan.....              | 1  |
| 2. Modelo de Póliza .....                 | 5  |
| 3. Modelo de Certificado Individual ..... | 19 |
| 4. Modelo de Propuesta .....              | 25 |
| 5. Nota Técnica.....                      | 34 |

El presente plan consta de 51 páginas

## 1. Descripción del plan

**MICROSEGURO SOCIAL** tiene por objeto cubrir las contingencias que enfrentan personas de escasos recursos. Tiene características especiales, como pronto pago, sumas aseguradas y primas pequeñas, y opera fundamentalmente con mecanismos sumamente simplificados que disminuyan en forma considerable los costos administrativos y de gestión, con la finalidad de que la prima sea a un precio accesible y la suscripción sea rápida y fácil para poder alcanzar el mayor número de personas aseguradas.

### FUNDAMENTACIÓN

En el marco de la realización de un Estudio sobre Microseguros en Paraguay, cofinanciado por el Banco Mundial y Fundación Capital como parte de sus trabajos de apoyo a la construcción de una Estrategia Nacional de Inclusión Financiera (ENIF), se realizaron reuniones con la Superintendencia de Seguros del Banco Central del Paraguay, Compañías de Seguros, Reaseguradoras, Entidades Financieras y Ministerios que gestionan programas sociales, y grupos focales con los participantes de dichos programas.

El estudio tiene como objetivo analizar las posibilidades de acceso y uso de productos de microseguros en Paraguay por parte de las poblaciones más vulnerables, centrándose en el análisis de las barreras y oportunidades en el acceso y uso de microseguros desde el lado de la demanda y el de la oferta.

Las conclusiones preliminares del Estudio indican que la cobertura de seguros en Paraguay es baja. Se calcula que sólo el 26% de los adultos posee un seguro. Específicamente los ancianos, mejor educados, con mayores ingresos y las poblaciones urbanas son los más propensos a tener seguro. Los bajos niveles de activos personales para asegurar, el carácter voluntario del seguro (en especial para la salud, la vivienda y automóvil) y los bajos niveles de conciencia sobre productos de seguro son probablemente algunos de los factores que contribuyen a estos bajos niveles de uso de seguro\*.

Conscientes de esta realidad, se ve la necesidad de desarrollar un producto denominado MICROSEGURO SOCIAL, que permita cubrir a las personas de sectores vulnerables.

(\*) Fuente de Información: Nota "Estudio sobre Microseguros en Paraguay" de fecha 05/05/2016, créditos Covadonga Juez de Fundación Capital, disponible en la web [www.proyectocapital.org](http://www.proyectocapital.org) en la sección Noticias.



## 1.1 El objetivo del plan

El objetivo principal del **MICROSEGURO SOCIAL** es servir como un instrumento de combate a la pobreza, actuando como mecanismo para atenuar el impacto de los eventos fortuitos que pueden hacer que una persona de escasos recursos pierda el poco patrimonio que ha formado con mucho tiempo y esfuerzo.

En tal sentido, **MICROSEGURO SOCIAL** tiene por objeto cubrir al asegurado ante el riesgo de fallecimiento o invalidez total y permanente por enfermedad o accidente. Además, contempla cobertura adicional de gastos de sepelio dirigidas a los familiares del asegurado, de modo a contar con una previsión financiera en caso de fallecimiento de algún miembro de su núcleo familiar.

## 1.2 Riesgos a ser cubiertos.

### **COBERTURA DE FALLECIMIENTO**

En caso que el ASEGURADO TITULAR fallezca durante la vigencia de esta Póliza, la COMPAÑÍA pagará al beneficiario de éste los beneficios señalados en las Condiciones Particulares, en los plazos y términos que se señalan en las Condiciones Particulares Específicas, siempre que la causa del fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de este plan.

### **COBERTURA ADICIONAL - INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE**

De manera complementaria y opcional, en caso que el ASEGURADO TITULAR sufra una de las siguientes condiciones de carácter irreversible durante la vigencia de la póliza: a) Estado absoluto e incurable de alienación mental; o b) Fractura incurable de la columna vertebral; la COMPAÑÍA pagará los beneficios señalados en las Condiciones Particulares, en los plazos y términos que se señalan en las Condiciones Particulares Específicas, siempre que la invalidez declarada no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de este plan.

### **COBERTURA ADICIONAL - COBERTURA DE GASTOS DE SEPELIO**

De manera complementaria y opcional, en caso que el ASEGURADO TITULAR o uno de los ASEGURADOS ADHERENTES fallezca, la COMPAÑÍA otorgará al BENEFICIARIO el beneficio señalado en las Condiciones Particulares, que puede tratarse de una indemnización o prestación del servicio exequial, en los plazos y términos que se señalan en las Condiciones Particulares Específicas.

Se presentan exclusiones en el plan para las diferentes coberturas que se justifican para definir claramente los límites de las coberturas y los riesgos asumidos que reflejen la naturaleza del riesgo por estar fuera del alcance previsto.

### **1.3 Partes que suscribirán el Contrato.**

- **ASEGURADOR/A O COMPAÑÍA:** Es la Compañía Aseguradora que, mediante la Póliza respectiva, asume el riesgo de las coberturas establecidas en las Condiciones Particulares, hasta los límites pactados por las prestaciones convenidas.
- **TOMADOR:** Es la persona física o jurídica que contrata el seguro y se obliga al pago de la prima.
- **ASEGURADO TITULAR:** Es la persona que en sí misma está expuesta al riesgo y cuya vida se garantiza.

### **1.4 Duración de la Cobertura y Procedimiento para Anulación Anticipada.**

La póliza será emitida por el término de 1 (un) año, salvo casos especiales convenidos con el TOMADOR. En caso de anulación anticipada, se aplicará el procedimiento de anulación de primas netas no ganadas, salvo pacto en contrario.

### **1.5 Elementos para verificación en caso de Anulación Anticipada.**

Los elementos a disposición del Tomador o Asegurado para la verificación del monto al cual tiene derecho en caso de anulaciones anticipadas son las Primas no ganadas netas de comisiones y gastos administrativos.

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

Esta Póliza (Condiciones Particulares Específicas y Particulares), la Propuesta, las Solicitudes Individuales de Incorporación al Seguro o Planillas de Declaración de Asegurados presentadas por el Tomador, y los Certificados Individuales de Incorporación al Seguro que se expiden a los Asegurados, constituyen el Contrato Completo entre el Tomador y el Asegurador.

En caso de discordancia entre las Condiciones, predominarán las Particulares sobre las Particulares Específicas.

En las Condiciones Particulares de la Póliza se incorporan los elementos necesarios para identificar correctamente el interés Asegurado, la Suma Asegurada, el Asegurado, el Tomador y/o Acreedor, los Riesgos Cubiertos, la Vigencia, la Liquidación de la Prima de Seguro, los Límites de Indemnización para cada riesgo, así como otros elementos de conformidad a lo que establece la Resolución SS.SG. N° 215/17 y anexos, de la Superintendencia de Seguros.

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

En el caso de la cobertura opcional y complementaria de Gastos de Sepelio, se cuenta un contrato de prestación de servicios con una Empresa de Servicios Exequiales, la cual forma parte del presente plan.

La Empresa de Servicios Exequiales con la que se tenga contratada el servicio al momento de emisión de la Póliza, estará explícitamente detallado en la Póliza y en los Certificados Individuales.

### **1.8 Elementos de Tecnología de la Información a ser utilizados**

Para la administración del riesgo contamos con nuestro software de gestión y contabilidad *Sebaot*, para el abono de las indemnizaciones correspondientes se utilizarán medios electrónicos en los plazos y términos que se señalan en las Condiciones Particulares Específicas.

\*\*\*\*\*



## 2. Modelo de Póliza

### I. Condiciones Particulares

#### CONDICIONES PARTICULARES – CARATULA SECCIÓN VIDA / MICROSEGURO SOCIAL



FAMILIAR SEGUROS S.A.  
Mcal. López 4498 esq. Natalicio González  
Asunción – Paraguay  
Tel: 657 8000  
www.familiarseguros.com.py

#### CONDICIONES PARTICULARES MICROSEGURO SOCIAL

|                          |                           |                           |                   |      |
|--------------------------|---------------------------|---------------------------|-------------------|------|
| Cía.                     | Sección/ Sub-sección      |                           | Póliza            | End. |
| Tomador                  |                           |                           | R.U.C. o C.I.Nº   |      |
| Dirección                |                           |                           |                   |      |
| Lugar y Fecha de Emisión | Vigencia Desde las Hs del | Vigencia Hasta las Hs del | Capital Asegurado |      |

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

#### COBERTURAS AL ASEGURADO TITULAR:

|                              | SUMA ASEGURADA |
|------------------------------|----------------|
| Fallecimiento                | Gs.            |
| Invalidez Total y Permanente | Gs.            |
| Gastos de Sepelio            | Gs.            |

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

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

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

| DATOS DEL FINANCIAMIENTO |  |
|--------------------------|--|
|                          |  |
|                          |  |
|                          |  |
|                          |  |
|                          |  |

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

Forman parte integrante de la presente Póliza: *[agregar]*

Esta Compañía está autorizada a operar por la Superintendencia de Seguros según: Resolución SS.SG. N°: \_\_\_\_\_

Fecha: dd/mm/aaaa \_\_\_\_\_

El texto de esta póliza ha sido inscrito en el Plan de Seguro registrado en la Superintendencia de Seguros bajo el Código ..... según .....h) de la Ley N° 827/96 'De Seguros'.

La copia facsimilar actualizada del modelo de póliza inscrito en el Registro Público de Modelos de Pólizas con todos sus componentes se encuentra en [www.familiarseguros.com.py/...{información a completar}](http://www.familiarseguros.com.py/...{información a completar})

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

Agente: \_\_\_\_\_ Matricula: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

La presente póliza consta de .... hojas.

A los efectos de este seguro se entiende por:

#### a) COBERTURA PRINCIPAL: FALLECIMIENTO

En caso que el ASEGURADO TITULAR fallezca durante la vigencia de esta cobertura, la COMPAÑÍA pagará los beneficios señalados en las Condiciones Particulares, en un plazo máximo de cinco (5) días hábiles posteriores a la fecha de recibida toda la documentación y en los términos que se señalan en las Condiciones Particulares, siempre que la causa del fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de este seguro, salvo pacto en contrario.

#### b) COBERTURA ADICIONAL: INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

En caso sea contratada la cobertura complementaria y opcional de Invalidez Total y Permanente, y que el ASEGURADO TITULAR sufra una de las siguientes condiciones durante la vigencia de la cobertura:



- Estado absoluto e incurable de alienación mental.
- Fractura incurable de la columna vertebral.

La COMPAÑÍA pagará los beneficios señalados en las Condiciones Particulares, en un plazo máximo de cinco (5) días hábiles posteriores a la fecha de recibida toda la documentación y en los términos que se señalan en las Condiciones Particulares Específicas, siempre que la causa de la Invalidez Total y Permanente no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de este seguro, salvo pacto en contrario.

#### **c) COBERTURA ADICIONAL: GASTOS DE SEPELIO**

De manera complementaria y opcional, en caso que el ASEGURADO TITULAR o uno de los ASEGURADOS ADHERENTES fallezca, la COMPAÑÍA otorgará al BENEFICIARIO el beneficio señalado en las Condiciones Particulares, que puede tratarse de una indemnización o prestación del servicio exequial, en un plazo máximo de tres (3) días hábiles posteriores a la fecha de recibida toda la documentación y en los términos que se señalan en las Condiciones Particulares, salvo pacto en contrario.

En caso de tratarse de la prestación del servicio exequial, la misma será prestada según los términos y estándares establecidos en el contrato con el prestador. Se deja constancia expresa que en caso no realice el servicio ofrecido la compañía indemnizará al beneficiario, el monto estipulado en las condiciones particulares, contra presentación de los documentos probatorios.

La medida de la prestación es a primer riesgo absoluto y el modo de cobertura es a base de ocurrencia (la fecha de siniestro debe ocurrir durante el plazo de cobertura).

#### **ASEGURADO (s) TITULAR(es)**

| Nro. | Nombres (s) y Apellido(s) | Cédula de identidad | Fecha de Nac. | Cobertura de Muerte | Cobertura de Invalidez | Cobertura de Gastos de Sepelio | Beneficiario(s) y porcentaje. | Relación |
|------|---------------------------|---------------------|---------------|---------------------|------------------------|--------------------------------|-------------------------------|----------|
| 1    |                           |                     |               | ¢                   | ¢                      |                                |                               |          |
| 2    |                           |                     |               | ¢                   | ¢                      |                                |                               |          |
| 3    |                           |                     |               | ¢                   | ¢                      |                                |                               |          |
| 4    |                           |                     |               | ¢                   | ¢                      |                                |                               |          |

El ASEGURADO TITULAR podrá nombrar como beneficiario a ( ) miembro(s) de su núcleo familiar u otros que dependan económicamente de él, mayor(es) de 18 años. En caso de no



haber beneficiarios declarados por el ASEGURADO TITULAR, los beneficiarios del seguro serán los que aparecen en el siguiente orden de prelación

- a) ASEGURADO ADHERENTE,
- b) Los herederos legales del ASEGURADO TITULAR.

#### ASEGURADOS ADHERENTES

| Nro. | Nombres (s) y Apellido(s) | Cédula de identidad | Fecha Nacimiento | Cobertura de Gastos de Sepelio | Asegurado Titular | Relación |
|------|---------------------------|---------------------|------------------|--------------------------------|-------------------|----------|
| 1    |                           |                     |                  |                                |                   |          |
| 2    |                           |                     |                  |                                |                   |          |
| 3    |                           |                     |                  |                                |                   |          |
| 4    |                           |                     |                  |                                |                   |          |

El ASEGURADO TITULAR podrá nombrar como Asegurado Adherentes a (\_\_\_\_) personas de su núcleo familiar pudiendo ser: abuelos; padres; hermanos; cónyuges formales; hijos, nietos, u otros que dependan económicamente de él.

#### BENEFICIARIO DE LOS ASEGURADOS ADHERENTES

Para los ASEGURADOS ADHERENTES, los Beneficiarios del seguro serán los que aparecen a continuación siguiendo el mismo orden de prelación:

- a) ASEGURADO TITULAR, o
- b) Los herederos legales del ASEGURADO TITULAR.

#### PERIODO DE GRACIA PARA PAGO DE LA PRIMA

Queda establecido que el Periodo de Gracia para el pago de la prima es de máximo Treinta (30) días calendarios, vencido el cual, el seguro quedará resuelto de manera automática.

Se deja constancia expresa, que el asegurado brinda su consentimiento para el uso de la firma facsimilar y código encriptado de seguridad en este plan de seguros. Así mismo, el reconocimiento de los representantes legales de la aseguradora, que la compañía asume las obligaciones inherentes a los contratos a través de los registros habilitados, por la utilización de la firma facsimilar y código encriptado de seguridad en este plan de seguros.

| Registrado bajo el Código N°. | Por Resolución SS.SG | De fecha |
|-------------------------------|----------------------|----------|
|                               |                      |          |
| SECCION:                      | PLAN:                |          |

\*\*\*\*\*

## II. Definiciones

- a) **TOMADOR:** Es la persona física o jurídica que contrata el seguro al asegurador, y se obliga al pago de la prima.
- b) **ASEGURADO TITULAR:** Es la persona que en sí misma está expuesta al riesgo y cuya vida se garantiza.
- c) **ASEGURADOS ADHERENTES:** Personas designadas por el Asegurado Titular, miembros de su núcleo familiar u otras personas que dependan económicamente de él, que serán objeto de cobertura adicional, en caso de fallecimiento.
- d) **BENEFICIARIO:** Persona designada por el asegurado titular, que tendrá los derechos indemnizatorios que se establecen en el presente plan. Si hubiere Asegurados Adherentes, se establece como beneficiario de éstos al Asegurado Titular.
- e) **NUCLEO FAMILIAR:** Es la estructura que se compone de un conjunto de familiares, entre los cuales existen unas relaciones específicas, pudiendo ser: abuelos; padres; hermanos; cónyuges formales; hijos, nietos, u otras personas que dependan económicamente del Asegurado Titular.
- f) **SEGURO RESUELTO:** Corresponde a la rescisión o anulación del contrato por una de las partes.
- g) **PERSONAS ASEGURABLES:** Son asegurables por este Seguro todas las personas que conformen el Grupo asegurable, el cual está integrado por personas naturales, vinculadas bajo una misma persona jurídica o física, en virtud de una situación legal o reglamentaria, o que tienen con una tercera persona (Tomador) relaciones estables de la misma naturaleza y que se ajustan a la definición del término ASEGURADO TITULAR que aquí se especifica:
  - 1. Término ASEGURADO TITULAR tal como se especifica en esta Póliza para la cobertura principal de Fallecimiento y la complementaria y opcional de Gastos de Sepelio, significa cualquier persona física no menor de diez y ocho (18) años ni mayor de noventa y nueve (99) años de edad, salvo pacto en contrario, en el momento de contratar la cobertura.
  - 2. Para los ASEGURADOS ADHERENTES no se establece edad mínima de ingreso ni permanencia, salvo pacto en contrario.
  - 3. Para la cobertura complementaria y opcional de Invalidez Total y Permanente, la edad mínima es dieciocho (18) años, mientras que la edad máxima de ingreso es (65) sesenta y cinco años y la edad máxima de permanencia en el Seguro es setenta y cinco (75) años, salvo pacto en contrario.



### III. Obligaciones de la aseguradora

#### **COBERTURA PRINCIPAL: Fallecimiento.**

En caso que el ASEGURADO titular fallezca durante la vigencia de esta Póliza, la COMPAÑÍA pagará los beneficios señalados en las Condiciones Particulares, en un plazo máximo de cinco (5) días hábiles posteriores a la fecha de recibida toda la documentación y en los términos que se señalan en las Condiciones Particulares Específicas, siempre que la causa del fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de este seguro.

#### **COBERTURA ADICIONAL: INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE**

En caso que el ASEGURADO titular sufra una de las siguientes condiciones durante la vigencia de la póliza: a) Estado absoluto e incurable de alienación mental. b) Fractura incurable de la columna vertebral. La COMPAÑÍA pagará los beneficios señalados en las Condiciones Particulares, en un plazo máximo de cinco (5) días hábiles posteriores a la fecha de recibida toda la documentación y en los términos que se señalan en las Condiciones Particulares Específicas, siempre que la causa de la invalidez total y permanente no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de este seguro.

#### **COBERTURA ADICIONAL: GASTOS DE SEPELIO.**

De manera complementaria y opcional, en caso que el ASEGURADO TITULAR o uno de los ASEGURADOS ADHERENTES fallezca, la COMPAÑÍA otorgará al BENEFICIARIO el beneficio señalado en las Condiciones Particulares, que puede tratarse de una indemnización o prestación del servicio exequial, en un plazo máximo de tres (3) días hábiles posteriores a la fecha de recibida toda la documentación y en los términos que se señalan en las Condiciones Particulares, salvo pacto en contrario.

En caso de tratarse de la prestación del servicio exequial, la misma será prestada según los términos y estándares establecidos en el contrato con el prestador. Se deja constancia expresa que en caso no realice el servicio ofrecido la compañía indemnizará al beneficiario, el monto estipulado en las condiciones particulares, contra presentación de los documentos probatorios.

#### **IV. Exclusiones, condicionantes y limitaciones de la cobertura.**

##### **EXCLUSIONES**

Salvo pacto en contrario, queda excluido de cobertura el fallecimiento o la invalidez del ASEGURADO TITULAR Y ASEGURADO ADHERENTE a consecuencia de, en relación a, o como producto de:

- a) Suicidio, estando o no el ASEGURADO TITULAR Y/O ASEGURADO ADHERENTE en su sano juicio, dentro de los tres (03) primeros años de renovaciones sucesivas del seguro o contados a partir de la última rehabilitación.
- b) Guerra civil o internacional, declarada o no.
- c) Participación activa del ASEGURADO TITULAR Y/O ASEGURADO ADHERENTE en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos públicos.
- d) Acciones causadas por infracción grave del asegurado titular y/o asegurado adherente o los beneficiarios del seguro a las leyes, ordenanzas municipales y decretos relativos a la seguridad de las personas.
- e) Homicidio causado por un asegurado titular, beneficiario o asegurado adherente de este seguro.
- f) Accidentes o enfermedades que sobrevengan al asegurado titular y/o asegurado adherente como consecuencia del estado de embriaguez o uso de estupefacientes no prescritos médicamente.
- g) A efectos de la cobertura de Invalidez Total y Permanente quedan excluidas las consecuencias de enfermedad o accidente originados con anterioridad a la entrada en vigor de esta cobertura de seguro. También quedan expresamente excluidos los casos que afecten al asegurado en forma parcial o temporal.
- h) Utilización de Motocicletas sea como conductor o acompañante, salvo pacto en contrario.

##### **CONDICION POR ENFERMEDAD PRE-EXISTENTE**

Los beneficios por esta póliza no son pagaderos con respecto a ningún Asegurado titular y/o Asegurado Adherente si la muerte o la incapacidad total y permanente es resultado de una enfermedad o lesión por la cual haya recibido atención médica, consulta o tratamiento en cualquier momento durante los doce meses anteriores a la fecha de la contratación del seguro a menos que la muerte o la incapacidad total y permanente ocurriera doce meses después de dicha contratación y se hayan producido renovaciones sucesivas e ininterrumpidas, salvo pacto en contrario.



### **PROVOCACIÓN DEL SINIESTRO**

El ASEGURADOR queda liberado si el ASEGURADO TITULAR, ASEGURADO ADHERENTE y/o BENEFICIARIO provoca, por acción u omisión, el siniestro, dolosamente o con culpa grave. Quedan excluidos los actos realizados para precaver el siniestro o atenuar sus consecuencias o por un deber de humanidad generalmente aceptado (Art. 1609 C. Civil).

\*\*\*\*\*

## **V. Cargas y obligaciones de los asegurados, tomadores y beneficiarios**

### **PAGO DE LA PRIMA Y PLAZO DE GRACIA**

Salvo pacto en contrario, el pago de la prima se efectuará en la forma y plazo establecido en las Condiciones Particulares, no obstante el TOMADOR gozará de un Periodo de Gracia de hasta treinta (30) días calendarios para pagar cualquier prima vencida. Durante ese plazo el ASEGURADO TITULAR Y/O ASEGURADO ADHERENTE gozará de cobertura. Vencido el Periodo de Gracia sin haberse realizado el pago, el seguro quedará resuelto de manera automática.

\*\*\*\*\*



## **VI. Procedimiento caso de siniestro**

### **COMUNICACIÓN A LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO**

Dar aviso a la COMPAÑÍA, en un plazo no mayor a tres (3) días calendarios de conocido el siniestro, o después de dicho plazo, solamente por motivos debidamente justificados de fuerza mayor, salvo pacto en contrario.

### **PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO**

En caso de ocurrencia de un evento cubierto por la presente póliza, se deberá cumplir con lo siguiente:

Presentar a la COMPAÑÍA los documentos que se detallan a continuación y que podrá realizarse por comunicación electrónica:

#### **Fallecimiento y Gastos de Sepelio**

- Documento de identidad del ASEGURADO TITULAR y/ o ASEGURADO ADHERENTE fallecido;
- Partida (o Acta) de Defunción expedida por el Ministerio de Salud, nosocomio donde se produjo el deceso, o médico tratante donde se especifique la causa de muerte del ASEGURADO TITULAR y/ o ASEGURADO ADHERENTE;
- Certificado de Defunción del ASEGURADO TITULAR y/ o ASEGURADO ADHERENTE;
- Documento de identidad de los beneficiarios;

#### **Invalidez Total y Permanente**

- Documento de identidad del ASEGURADO TITULAR y/ o ASEGURADO ADHERENTE que sufre de invalidez total y permanente;
- Se requiere certificado médico con diagnóstico en el cual se declare la condición de Incapacidad Total y Permanente para el Trabajo.
- Documento de identidad de los beneficiarios;

Esta denuncia podrá ser validada con los representantes del Tomador.

De no poderse acreditar la calidad de beneficiario deberá presentarse la sentencia declaratoria de herederos por juez competente.

La COMPAÑÍA tendrá siempre el derecho de solicitar cualquier otro antecedente o documento que estime necesario para la evaluación del siniestro correspondiente.

La Compañía no podrá alegar como causal de rechazo del siniestro aspectos cuyas informaciones podrían haberse solicitado o verificado previa a la emisión del instrumento de cobertura.

### **REALIZACIÓN DE BENEFICIOS**

Al fallecimiento del ASEGURADO TITULAR y/o ASEGURADO ADHERENTE, debido a un riesgo cubierto por el presente seguro, la COMPAÑÍA pagará a los beneficiarios la suma asegurada señalada en las Condiciones Particulares, en un plazo máximo de cinco (5) días hábiles posteriores a la fecha de recibida toda la documentación requerida para comprobar la ocurrencia del siniestro para cobertura de Fallecimiento y el adicional de Invalidez Total y Permanente.

Para los Gastos de Sepelio se pagará a los beneficiarios la suma asegurada o la prestación del servicio según se encuentre estipulado en las Condiciones Particulares, en un plazo máximo de cinco (5) días hábiles posteriores a la fecha de recibida toda la documentación requerida para comprobar la ocurrencia del siniestro.

La indemnización podrá ser realizada con transferencias entre cuentas de instituciones financieras, u algún otro medio de pago electrónico disponible, considerándose estos registros digitales como comprobantes del pago de la indemnización.

### **BENEFICIARIOS**

Para el ASEGURADO TITULAR, los Beneficiarios del seguro serán los que aparecen a continuación siguiendo el mismo orden de prelación:

- a) El beneficiario declarado por el ASEGURADO TITULAR, o
- b) ASEGURADO ADHERENTE,
- c) Los herederos legales del ASEGURADO TITULAR.

Para los ASEGURADOS ADHERENTES, Los Beneficiarios del seguro serán los que aparecen a continuación siguiendo el mismo orden de prelación:

- a) ASEGURADO TITULAR, o
- b) Los herederos legales del ASEGURADO TITULAR.



## **VII. Referencias a disposiciones legales y reglamentarias aplicables**

### **DE LA RESCISIÓN DE CONTRATO**

EL TOMADOR podrá solicitar la anulación de su póliza en cualquier momento, conforme a los plazos y condiciones establecidas en el Código Civil.

La Compañía podrá realizar la anulación de la póliza conforme a los plazos y condiciones establecidas en el Código Civil.

### **DUPLICIDAD DE COBERTURAS**

Salvo pacto en contrario, el ASEGURADO TITULAR Y/O ASEGURADO ADHERENTE no podrá tener contratado más de un seguro de este producto. En caso de que el ASEGURADO TITULAR Y/O ASEGURADO ADHERENTE cuente con más de una cobertura de este seguro, la COMPAÑÍA considerará que dicho ASEGURADO TITULAR Y/O ASEGURADO ADHERENTE está cubierto bajo la cobertura que proporcione el mayor Beneficio. Cuando las coberturas contratadas sean idénticas, la COMPAÑÍA considerará válida la cobertura contratada más antigua. En cualquier caso, se tendrá por inválida la cobertura duplicada por lo que no podrá ser ejecutada, la COMPAÑÍA reembolsará al TOMADOR la prima del seguro duplicado.

### **JURISDICCIÓN**

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

### **DE LOS EFECTOS DEL CONTRATO**

Las convenciones hechas en los contratos forman para las partes una regla a la cual deben someterse como a la ley misma, y deben ser cumplidas de buena fe. Ellas obligan a lo que esté expresado, y a todas las consecuencias virtualmente comprendidas. (Art. 715 C.C.)

### **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.

Las disposiciones contenidas en las Condiciones Particulares prevalecerán por sobre las establecidas en las Condiciones Particulares Específicas, en donde el Código Civil admita pactos en contrario.



Asimismo, el presente seguro se regirá por lo establecido en los siguientes artículos del Código Civil Paraguayo: 666, 1574, 1575, 1577, 1579, 1580, 1581, 1582, 1583, 1584, 1589, 1590, 1591, 1592, 1593, 1594, 1595, 1597, 1670, 1671, 1672, 1673 y 1674.

### **RENOVACIÓN**

De conformidad a lo establecido en el Art. 1563 del Código Civil Paraguayo, la Compañía se reserva el derecho de prorrogar de manera automática la póliza de seguros por un periodo igual, salvo que el Asegurado manifieste previamente a la fecha de vencimiento su deseo de no renovar la póliza. En caso de que ninguna de las partes manifieste lo contrario, la póliza se entenderá renovada tácitamente conforme a la ley.

Al expirar el contrato correspondiente a la renovación prevista por la ley, el Asegurado presta su consentimiento para recibir en su teléfono celular y/o email y/o cualquier otro medio de comunicación electrónico o digital, aplicaciones de dispositivo móvil u otros medios análogos que permitan un registro fehaciente de la manifestación de voluntad por parte del asegurado, una comunicación por parte de la Compañía a efectos de que el Asegurado manifieste su intención de concertar un nuevo contrato, en los términos y condiciones que le serán debidamente comunicados por estos mismos medios. La manifestación del Asegurado realizada por cualquiera de dichos medios surtirá plenos efectos legales. Sin perjuicio de ello, el asegurado en estos casos tendrá derecho a retractarse dentro de un plazo de siete días contados desde que exprese su consentimiento. En caso de que ejercite este derecho, se dispondrá la cancelación del contrato.

**VIII. Otros aspectos no previstos en los numerales precedentes.**

**ERRORES ADMINISTRATIVOS**

Los errores administrativos que puedan producirse en la Solicitud Individual de Incorporación al Seguro y/o Planillas de Declaración de Asegurados de este seguro, no invalidarán un seguro en vigor ni continuarán uno ya terminado. Descubierto el error, se hará el reajuste correspondiente.

\*\*\*\*\*

## 3. Modelo de Certificado Individual



FAMILIAR SEGUROS S.A.  
Mcal. López 4498 esq. Natalicio González  
(ex Belgica) Asuncion – Paraguay  
Tel: 657 8000  
www.familiarseguros.com.py

**CERTIFICADO INDIVIDUAL DE COBERTURA – SEGURO VIDA - MICROSEGURO SOCIAL**

SECCION \_\_\_\_\_ – Modalidad \_\_\_\_\_

El texto de esta póliza ha sido registrado en la Superintendencia de Seguros, bajo el Código N°  
por Resolución N° \_\_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

PÓLIZA N°:  
CERTIFICADO INDIVIDUAL N°:

Fecha de emisión:

Vigencia Desde: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Hasta: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Tomador: \_\_\_\_\_ RUC o CI: \_\_\_\_\_

Asegurado: \_\_\_\_\_ RUC o CI: \_\_\_\_\_

CONFORME a las Condiciones Particulares, Condiciones Particulares Específicas de ésta Póliza,  
**FAMILIAR SEGUROS S.A.**, en adelante denominada "LA COMPAÑÍA", asegura a las personas en  
adelante denominadas "EL ASEGURADO" abajo detalladas:

**ASEGURADO TITULAR**

Nombre(s) / Apellido (s):

R.U.C ó C.I.N°:

Fecha nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad:

Ciudad:

Teléfono:

**COBERTURAS AL ASEGURADO TITULAR:**

|                              | SUMA ASEGURADA |
|------------------------------|----------------|
| Fallecimiento                | Gs.            |
| Invalidez Total y Permanente | Gs.            |
| Gastos de Sepelio            |                |

**CUADRO DE LIQUIDACIÓN DEL COSTO**

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| Prima:                      |  |
| I.V.A. s/ Prima:            |  |
| Premio:                     |  |
|                             |  |
| Interés por financiamiento: |  |

**DATOS DEL FINANCIAMIENTO**

|                   |        |
|-------------------|--------|
| Monto financiado: |        |
| Tasa de interés   | X%     |
| Vencimientos      |        |
| Fecha:            | Monto: |
|                   |        |



|                           |  |
|---------------------------|--|
| I.V.A. s/ Interés         |  |
| Costo del Financiamiento: |  |
|                           |  |
| COSTO FINAL:              |  |
|                           |  |

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO TITULAR**

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres | Relación | Porcentaje |
|------------------|------------------|---------|----------|------------|
| 1.               |                  |         |          |            |
| 2.               |                  |         |          |            |
| 3.               |                  |         |          |            |

El ASEGURADO TITULAR podrá nombrar como beneficiario a ( ) miembro(s) de su núcleo familiar u otras personas que dependan económicamente de él, mayor(es) de 18 años. En caso de no haber beneficiarios declarados por el ASEGURADO TITULAR, los beneficiarios del seguro serán los que aparecen en el orden de prelación establecido en el Artículo 12° de las Condiciones Particulares Específicas.

**ASEGURADOS ADHERENTES**

| Apellido (s) / Nombres (s) | Relación | C.I.N° | Fec. De Nac. | Telf. |
|----------------------------|----------|--------|--------------|-------|
| 1.                         |          |        |              |       |
| 2.                         |          |        |              |       |
| 3.                         |          |        |              |       |

**I. DEFINICIONES**

- a) **TOMADOR:** Es la persona física o jurídica que contrata el seguro al asegurador, y se obliga al pago de la prima.
- b) **ASEGURADO TITULAR:** Es la persona que en sí misma está expuesta al riesgo y cuya vida se garantiza.
- c) **ASEGURADOS ADHERENTES:** Personas designadas por el Asegurado Titular, miembros de su núcleo familiar u otras personas que dependan económicamente de él, que serán objeto de cobertura adicional, en caso de fallecimiento.

- d) **BENEFICIARIO:** Persona designada por el asegurado titular, que tendrá los derechos indemnizatorios que se establecen en el presente plan. Si hubiere Asegurados Adherentes, se establece como beneficiario de éstos al Asegurado Titular.
- e) **NUCLEO FAMILIAR:** Es la estructura que se compone de un conjunto de familiares, entre los cuales existen unas relaciones específicas, pudiendo ser: abuelos; padres; hermanos; cónyuges formales; hijos, nietos, u otras personas que dependan económicamente del Asegurado Titular.
- f) **SEGURO RESUELTO:** Corresponde a la rescisión o anulación del contrato por una de las partes.
- g) **PERSONAS ASEGURABLES:** Son asegurables por este Seguro todas las personas que conformen el Grupo asegurable, el cual está integrado por personas naturales, vinculadas bajo una misma persona jurídica o física, en virtud de una situación legal o reglamentaria, o que tienen con una tercera persona (Tomador) relaciones estables de la misma naturaleza y que se ajustan a la definición del término ASEGURADO TITULAR que aquí se especifica:
1. Término ASEGURADO TITULAR tal como se especifica en esta Póliza para la cobertura principal de Fallecimiento y la complementaria y opcional de Gastos de Sepelio, significa cualquier persona física no menor de diez y ocho (18) años ni mayor de noventa y nueve (99) años de edad, salvo pacto en contrario, en el momento de contratar la cobertura.
  2. Para los ASEGURADOS ADHERENTES no se establece edad mínima de ingreso ni permanencia, salvo pacto en contrario.
  3. Para la cobertura complementaria y opcional de Invalidez Total y Permanente, la edad mínima es dieciocho (18) años, mientras que la edad máxima de ingreso es (65) sesenta y cinco años y la edad máxima de permanencia en el Seguro es setenta y cinco (75) años, salvo pacto en contrario.

## **II. OBLIGACIONES DE LA ASEGURADORA**

**COBERTURA PRINCIPAL: Fallecimiento.** En caso que el ASEGURADO titular fallezca durante la vigencia de esta Póliza, la COMPAÑÍA pagará los beneficios señalados en las Condiciones Particulares, en un plazo máximo de cinco (5) días hábiles posteriores a la fecha de recibida toda la documentación y en los términos que se señalan en las Condiciones Particulares Específicas, siempre que la causa del fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de este seguro.

**COBERTURA ADICIONAL: INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE** En caso que el ASEGURADO titular sufra una de las siguientes condiciones durante la vigencia de la póliza: a) Estado absoluto e incurable de alienación mental. b) Fractura incurable de la columna vertebral. La COMPAÑÍA pagará los beneficios señalados en las Condiciones Particulares, en un plazo máximo de cinco (5) días hábiles posteriores a la fecha de recibida toda la documentación y en los términos que se señalan en las Condiciones Particulares Específicas, siempre que la causa de la invalidez total y permanente no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de este seguro.



**COBERTURA ADICIONAL: GASTOS DE SEPELIO.**

De manera complementaria y opcional, en caso que el ASEGURADO TITULAR o uno de los ASEGURADOS ADHERENTES fallezca, la COMPAÑÍA otorgará al BENEFICIARIO el beneficio señalado en las Condiciones Particulares, que puede tratarse de una indemnización o prestación del servicio exequial, en un plazo máximo de tres (3) días hábiles posteriores a la fecha de recibida toda la documentación y en los términos que se señalan en las Condiciones Particulares Específicas, salvo pacto en contrario.

En caso de tratarse de la prestación del servicio exequial, la misma será prestada según los términos y estándares establecidos en el contrato con el prestador. Se deja constancia expresa que en caso no realice el servicio ofrecido la compañía indemnizará al beneficiario, el monto estipulado en las condiciones particulares, contra presentación de los documentos probatorios.

**IV. EXCLUSIONES DE COBERTURA**

**Queda excluido de cobertura el fallecimiento o la invalidez del ASEGURADO TITULAR Y ASEGURADO ADHERENTE a consecuencia de, en relación a, o como producto de:**

- a) Suicidio, estando o no el ASEGURADO TITULAR Y/O ADHERENTE en su sano juicio, dentro de los tres (03) primeros años de renovaciones sucesivas del seguro o contados a partir de la última rehabilitación.
- b) Guerra civil o internacional, declarada o no.
- c) Participación activa del ASEGURADO TITULAR Y/O ASEGURADO ADHERENTE en cualquier acto delictivo o en actos violatorios de leyes o reglamentos públicos.
- d) Acciones causadas por infracción grave del asegurado titular y/o asegurado adherente o los beneficiarios del seguro a las leyes, ordenanzas municipales y decretos relativos a la seguridad de las personas.
- e) Homicidio causado por un asegurado titular, beneficiario o asegurado adherente de este seguro.
- f) Accidentes o enfermedades que sobrevengan al asegurado titular y/o asegurado adherente por embriaguez o uso de estupefacientes no prescritos médicamente.
- g) A efectos de la cobertura de Invalidez Total y Permanente quedan excluidas las consecuencias de enfermedad o accidente originados con anterioridad a la entrada en vigor de esta cobertura de seguro. También quedan expresamente excluidos los casos que afecten al asegurado en forma parcial o temporal.
- h) Utilización de Motocicletas sea como conductor o acompañante, salvo pacto en contrario.

**V. CARGAS Y OBLIGACIONES DE LOS ASEGURADOS**

Salvo pacto en contrario, el pago de la prima se efectuará en la forma y plazo establecido en las Condiciones Particulares, no obstante el TOMADOR gozará de un Periodo de Gracia de hasta treinta (30) días calendarios para pagar cualquier prima vencida. Durante ese plazo el ASEGURADO TITULAR Y/O ASEGURADO ADHERENTE gozará de cobertura. Vencido el Periodo de Gracia sin haberse realizado el pago, el seguro quedará resuelto de manera automática.



## **VI. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO**

### **COMUNICACIÓN A LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO**

Dar aviso a la COMPAÑÍA, en un plazo no mayor a tres (3) días calendarios de conocido el evento, o después de dicho plazo, solamente por motivos debidamente justificados de fuerza mayor.

Presentar a la COMPAÑÍA los documentos que se detallan a continuación y que podrá realizarse por comunicación electrónica:

#### **Fallecimiento y Gastos de Sepelio**

- a) Documento de identidad del ASEGURADO TITULAR y/ o ASEGURADO ADHERENTE fallecido;
- b) Partida (o Acta) de Defunción expedida por el Ministerio de Salud, nosocomio donde se produjo el deceso, o médico tratante donde se especifique la causa de muerte del ASEGURADO TITULAR y/ o ASEGURADO ADHERENTE;
- c) Certificado de Defunción del ASEGURADO TITULAR y/ o ASEGURADO ADHERENTE;
- d) Documento de identidad de los beneficiarios;

#### **Invalidez Total y Permanente**

- a) Documento de identidad del ASEGURADO TITULAR y/ o ASEGURADO ADHERENTE que sufre de invalidez total y permanente;
- b) Se requiere certificado médico con diagnóstico en el cual se declare la condición de Incapacidad Total y Permanente para el Trabajo.
- c) Documento de identidad de los beneficiarios;

Esta denuncia podrá ser validada con los representantes del Tomador.

De no poderse acreditar la calidad de beneficiario establecido en el Artículo 12º deberá presentarse la Declaratoria de Herederos por Juez Competente.

La COMPAÑÍA tendrá siempre el derecho de solicitar cualquier otro antecedente o documento que estime necesario para la evaluación del siniestro correspondiente, pero no podrá alegar como causal del rechazo del siniestro aspectos cuyas informaciones podrían haberse solicitado o verificado previa a la emisión del instrumento de cobertura.

### **REALIZACIÓN DE BENEFICIOS**

Al fallecimiento del ASEGURADO TITULAR y/o ASEGURADO ADHERENTE, debido a un riesgo cubierto por el presente seguro, la COMPAÑÍA pagará a los beneficiarios la suma asegurada señalada en las Condiciones Particulares, en un plazo máximo de cinco (5) días hábiles posteriores a la fecha de recibida toda la documentación requerida para comprobar la ocurrencia del siniestro para cobertura de Fallecimiento y el adicional de Invalidez Total y Permanente.

Para los Gastos de Sepelio se pagará a los beneficiarios la suma asegurada o la prestación del servicio según se encuentre estipulado en las Condiciones Particulares, en un plazo máximo de tres (3) días hábiles posteriores a la fecha de recibida toda la documentación requerida para comprobar la ocurrencia del siniestro.

La indemnización podrá ser realizada con transferencias entre cuentas de instituciones financieras, u algún otro medio de pago electrónico disponible, quedando estos registros digitales como comprobantes de la indemnización.

Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Tomador si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza (art.1556 CC).

Se deja constancia expresa, que el asegurado brinda su consentimiento para el uso de la firma facsimilar y código encriptado de seguridad en este plan de seguros. Así mismo, el reconocimiento de los representantes legales de la aseguradora, que la compañía asume las obligaciones inherentes a los contratos a través de los registros habilitados, por la utilización de la firma facsimilar y código encriptado de seguridad en este plan de seguros.

El presente seguro se regirá por lo establecido en los siguientes artículos del Código Civil Paraguayo: 666, 1574, 1575, 1577, 1579, 1580, 1581, 1582, 1583, 1584, 1589, 1590, 1591, 1592, 1593, 1594, 1595, 1597, 1670, 1671, 1672, 1673 y 1674.

La copia facsimilar actualizada del modelo de póliza inscrito en el Registro Público de Modelos de pólizas con todos sus componentes se encuentra en [www.familiarseguros.com.py/](http://www.familiarseguros.com.py/)..{información a completar}

FAMILIAR SEGUROS S.A reconoce expresamente las firmas digitales obrantes en la póliza de Seguros a ser emitidas, con las obligaciones inherentes a las mismas, el valor jurídico y los efectos legales pertinentes al uso de las mismas, así como el código encriptado que otorga una seguridad absoluta a la misma.

LA COMPAÑÍA adquiere las anteriores obligaciones en consideración a las declaraciones hechas por el Asegurado Titular en la solicitud Individual del Seguro y al pago de la prima que aparece en esta Póliza; de acuerdo con las disposiciones del contrato. En fe de lo cual se expide la presente Póliza en la Ciudad de Asunción, Capital de la República del Paraguay a los                      días del mes de                      del año                      .-

**FAMILIAR SEGUROS S.A.**



**4. Modelo de Propuesta**

FAMILIAR SEGUROS S.A.  
Mcal. López 4498 esq. Natalicio González  
Asunción – Paraguay  
Tel: 657 8000  
www.familiarseguros.com.py

**SECCIÓN VIDA / MICROSEGURO SOCIAL  
PROPUESTA**

| Registrado bajo el Código N°. | Por Resolución SS.SG | De fecha |
|-------------------------------|----------------------|----------|
| SECCION:                      |                      | PLAN:    |

**SOLICITUD DE SEGURO No:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE SOLICITUD:**     /     /

**INICIO DE VIGENCIA:**     /     / **FIN DE VIGENCIA:**     /     /

**Tomador:** \_\_\_\_\_ **R.U.C. o C.I.:** \_\_\_\_\_  
**Dirección Comercial:** \_\_\_\_\_  
**Teléfono:** \_\_\_\_\_

Entre FAMILIAR SEGUROS S.A., sito en Mcal. López 4498, Asunción en adelante la COMPAÑÍA y quien precedentemente se designa con el nombre de "TOMADOR", conforme a la propuesta por él presentada, celebran un contrato de seguro sujeto a las Condiciones Particulares, las Condiciones Particulares Específicas convenidas y aceptadas para ser ejecutadas de buena fe y que se anexan a la presente póliza, formando parte integrante de la misma.

**COBERTURAS AL ASEGURADO TITULAR****ASEGURADO (s) TITULAR(es)**

| Nro. | Nombres (s) y Apellido(s) | Cédula de identidad | Fecha Nacimiento | Cobertura de Muerte | Cobertura de Invalidez | Cobertura de Gastos de Sepelio | Beneficiario(s) y porcentaje. | Relación |
|------|---------------------------|---------------------|------------------|---------------------|------------------------|--------------------------------|-------------------------------|----------|
| 1    |                           |                     |                  | ¢                   | ¢                      |                                |                               |          |
| 2    |                           |                     |                  | ¢                   | ¢                      |                                |                               |          |
| 3    |                           |                     |                  | ¢                   | ¢                      |                                |                               |          |
| 4    |                           |                     |                  | ¢                   | ¢                      |                                |                               |          |

El ASEGURADO TITULAR podrá nombrar como beneficiario a (\_\_\_) miembro (s) de su núcleo familiar u otras personas que dependan económicamente de él, mayor(es) de 18 años. En caso de no haber beneficiarios declarados por el ASEGURADO TITULAR, los



beneficiarios del seguro serán los que aparecen en el orden de prelación establecido en el Artículo 12° de las Condiciones Particulares Específicas.

### COBERTURA ADICIONAL DE GASTOS DE SEPELIO

El ASEGURADO TITULAR podrá nombrar como asegurados adherentes a (\_\_\_\_) personas de su núcleo familiar pudiendo ser: abuelos; padres; hermanos; cónyuges formales; hijos, nietos, u otros que dependan económicamente de él.

### ASEGURADOS ADHERENTES

| Nro. | Nombres (s) y Apellido(s) | Cédula de identidad | Fecha Nacimiento | Cobertura de Gastos de Sepelio | Asegurado Titular | Relación |
|------|---------------------------|---------------------|------------------|--------------------------------|-------------------|----------|
| 1    |                           |                     |                  |                                |                   |          |
| 2    |                           |                     |                  |                                |                   |          |
| 3    |                           |                     |                  |                                |                   |          |
| 4    |                           |                     |                  |                                |                   |          |

### BENEFICIARIO DE LOS ASEGURADOS ADHERENTES

Será el Asegurado Titular y en caso de ausencia de éste se registrará conforme se establece en el Artículo 12° de las Condiciones Particulares Específicas.

### PERIODO DE GRACIA PARA PAGO DE LA PRIMA

Queda establecido que el Periodo de Gracia para el pago de la prima es de máximo treinta (30) días calendarios, vencido el cual, el seguro quedará resuelto de manera automática.

### PRIMAS Y FORMA DE PAGO

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

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

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

Declaro bajo fe de juramento que el dinero que será utilizado para el pago de prima provendrá de una fuente lícita y por tanto no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos, productos de actividades ilícitas a que se refiere la Ley 1015/97 y sus modificatorias Ley 3783/09 y la Ley 6497/2019 que "Previenen y Reprimen los actos ilícitos destinados a la legitimación de dinero o bienes". La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente. Los Recursos que se deriven de la ejecución de este contrato no se destinarán a la financiación de grupos terroristas o actividades terroristas.

El origen de los fondos con los cuales he obtenido los valores para adquirir el objeto asegurado y para el pago del premio correspondiente provienen de (marque con una tilde la opción que corresponda):

- 1- Ingresos/Ahorros personales, provenientes de actividad Profesional, Laboral, Comercial. ☐
- 2- Herencia, legado o donación. ☐
- 3- Venta de bienes muebles / inmuebles de mi propiedad. ☐
- 4- Otro origen: .....

Por medio de la presente autorizo de manera suficiente e irrevocable al Banco Familiar a revelar a Familiar Seguros S.A. y viceversa, información necesaria sobre mi persona y mis operaciones realizadas con el Banco, exonerando a estas 2 (dos) empresas de toda responsabilidad emergente por la provisión de la información y documentación relacionada a mi/s cuenta/s bancaria/s, mis productos y servicios de seguros y/o datos personales. La información será utilizada únicamente y estrictamente con fines lícitos, de acuerdo a prácticas bancarias y de seguros y dentro del marco de las leyes que lo regulan, además me comprometo a proveer cualquier documento o dar información que sea requerida por la compañía de seguros en virtud a las normas legales vigentes.

**Conforme a la Resolución General N° 95/2021 emitida por la Dirección Nacional de Ingresos Tributarios (DNIT), a partir de la fecha se remite las facturas correspondientes de sus pólizas de seguro al correo electrónico indicado en su propuesta.**

Autorizo suficientemente a Familiar Seguros S.A. y/o a las empresas contratadas por ésta para dicho fin a que me contacten al celular consignado por vía de la aplicación de mensajería instantánea WhatsApp, y que remitan por la misma vía mensajes vinculados a la póliza, incluyendo notificaciones, remisión de pólizas, recibos, y otros documentos o comunicaciones vinculadas, además de ofertas de servicios o productos, publicidad, encuestas y otros.

El Tomador por este mismo acto solicita:

- La póliza convencional (impresa) ☐

Autorizo a Familiar Seguros S.A. a emitir la póliza contratada aplicando la modalidad de firma facsimilar en los términos autorizados según la Resolución SS.SG. Nro. 136/18 de fecha 7 de mayo de 2018.

- La póliza electrónica con firma digital y recibir los términos de contratación al correo electrónico: Correo: .....

En caso de elegir la opción de póliza electrónica con firma digital, recibirá un link de acceso a la descarga donde usted tendrá disponible todos los documentos de su póliza en formato PDF. En esta conexión quedará registrada con la fecha y hora de su acceso para su seguridad y como constancia de haber recibido la documentación. FAMILIAR SEGUROS S.A. reconoce expresamente la firma digital obrante en la Póliza de Seguros a ser emitida, con las obligaciones inherentes a las mismas, el valor jurídico y los efectos legales pertinentes al uso de las mismas, así como el código encriptado que otorga una seguridad absoluta a la misma.

\_\_\_\_\_  
Firma del Tomador

\_\_\_\_\_  
Aclaración de Firma

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

\_\_\_\_\_  
Firma y Mat.  
del Agente

\_\_\_\_\_  
Por la Compañía

\*\*\*\*\*





FAMILIAR SEGUROS S.A.  
Mcal. López 4498 esq. Natalicio González  
Asunción – Paraguay  
Tel: 657 8000  
www.familiarseguros.com.py

### SECCIÓN VIDA / MICROSEGURO SOCIAL

#### SOLICITUD INDIVIDUAL

##### DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

Apellido (s) / Nombre (s):

Documento de Identidad:

Fecha nacimiento:

Edad:

Dirección:

Teléfono:

##### CONDICIONES DE COBERTURA

Capital Asegurado:

Vigencia: Desde: / / Hasta: / /

##### RIESGOS CUBIERTOS

- a) Por fallecimiento (natural o accidental) ☐
- b) Por incapacidad total o permanente ☐
- c) Gastos de sepelio ☐

##### BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO TITULAR

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres | Relación | Porcentaje |
|------------------|------------------|---------|----------|------------|
| 1.               |                  |         |          |            |
| 2.               |                  |         |          |            |

##### ASEGURADOS ADHERENTES PARA LA COBERTURA ADICIONAL DE GASTOS DE SEPELIO

| Apellido (s) / Nombres (s) | Relación | C.I.N° | Fec. de Nac. | Telefono |
|----------------------------|----------|--------|--------------|----------|
| 1.                         |          |        |              |          |
| 2.                         |          |        |              |          |

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

Declaro bajo fe de juramento que el dinero que será utilizado para el pago de prima provendrá de una fuente lícita y por tanto no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos, productos de actividades ilícitas a que se refiere la Ley 1015/97 y sus modificatorias Ley 3783/09 y la Ley 6497/2019 que "Previenen y Reprimen los actos ilícitos destinados a la legitimación de dinero o bienes". La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente. Los Recursos que se deriven de la ejecución de este contrato no se destinarán a la financiación de grupos terroristas o actividades terroristas.

El origen de los fondos con los cuales he obtenido los valores para adquirir el objeto asegurado y para el pago del premio correspondiente provienen de (marque con una tilde la opción que corresponda):

- 1- Ingresos/Ahorros personales, provenientes de actividad Profesional, Laboral, Comercial. ☐
- 2- Herencia, legado o donación. ☐
- 3- Venta de bienes muebles / inmuebles de mi propiedad. ☐
- 4- Otro origen: .....

Por medio de la presente autorizo de manera suficiente e irrevocable al Banco Familiar a revelar a Familiar Seguros S.A. y viceversa, información necesaria sobre mi persona y mis operaciones realizadas con el Banco, exonerando a estas 2 (dos) empresas de toda responsabilidad emergente por la provisión de la información y documentación relacionada a mi/s cuenta/s bancaria/s, mis productos y servicios de seguros y/o datos personales. La información será utilizada únicamente y estrictamente con fines lícitos, de acuerdo a prácticas bancarias y de seguros y dentro del marco de las leyes que lo regulan, además me comprometo a proveer cualquier documento o dar información que sea requerida por la compañía de seguros en virtud a las normas legales vigentes.

**Conforme a la Resolución General N° 95/2021 emitida por la Dirección Nacional de Ingresos Tributarios (DNIT), a partir de la fecha se remite las facturas correspondientes de sus pólizas de seguro al correo electrónico indicado en su propuesta.**

Autorizo suficientemente a Familiar Seguros S.A. y/o a las empresas contratadas por ésta para dicho fin a que me contacten al celular consignado por vía de la aplicación de mensajería instantánea WhatsApp, y que remitan por la misma vía mensajes vinculados a la póliza, incluyendo notificaciones, remisión de pólizas, recibos, y otros documentos o comunicaciones vinculadas, además de ofertas de servicios o productos, publicidad, encuestas y otros.

El Tomador por este mismo acto solicita:

- La póliza convencional (impresa) ☐



Autorizo a Familiar Seguros S.A. a emitir la póliza contratada aplicando la modalidad de firma facsimilar en los términos autorizados según la Resolución SS.SG. Nro. 136/18 de fecha 7 de mayo de 2018.

- La póliza electrónica con firma digital y recibir los términos de contratación al correo electrónico: Correo: .....

En caso de elegir la opción de póliza electrónica con firma digital, recibirá un link de acceso a la descarga donde usted tendrá disponible todos los documentos de su póliza en formato PDF. En esta conexión quedará registrada con la fecha y hora de su acceso para su seguridad y como constancia de haber recibido la documentación. FAMILIAR SEGUROS S.A. reconoce expresamente la firma digital obrante en la Póliza de Seguros a ser emitida, con las obligaciones inherentes a las mismas, el valor jurídico y los efectos legales pertinentes al uso de las mismas, así como el código encriptado que otorga una seguridad absoluta a la misma.

De conformidad a lo establecido en el Art. 1563 del Código Civil Paraguayo, la Compañía se reserva el derecho de prorrogar de manera automática el Certificado Individual de Cobertura de seguros por un periodo igual, salvo que el Asegurado manifieste previamente a la fecha de vencimiento su deseo de no renovar la vigencia de la cobertura del Certificado Individual. En caso de que ninguna de las partes manifieste lo contrario, se entenderá el Certificado Individual de Cobertura como renovado tácitamente conforme a la ley.

Al expirar el Certificado Individual correspondiente a la renovación prevista por la ley, el Asegurado presta su consentimiento para recibir en su teléfono celular y/o email y/o cualquier otro medio de comunicación electrónico o digital, aplicaciones de dispositivo móvil u otros medios análogos que permitan un registro fehaciente de la manifestación de voluntad por parte del asegurado, una comunicación por parte de la Compañía a efectos de que el asegurado manifieste su intención de concertar un nuevo contrato, en los términos y condiciones que le serán debidamente comunicados por estos mismos medios. La manifestación del asegurado realizada por cualquiera de dichos medios surtirá plenos efectos legales. Sin perjuicio de ello, el Asegurado en estos casos tendrá derecho a retractarse dentro de un plazo de siete días contados desde que exprese su consentimiento. En caso de que ejercite este derecho, se dispondrá la cancelación del Certificado Individual de Cobertura emitido.

Firma del Solicitante

Aclaración de Firma

Fecha

Firma y Mat.  
del Agente

Por la  
Compañía

\*\*\*\*\*



**NOTA DE DENUNCIA**

**Nota:** el presente formulario será de uso interno en la compañía y no requerirá exclusivamente la firma del denunciante. Además, este formulario servirá de guía para los colaboradores del tomador que contraten la cobertura.

Señores  
FAMILIAR SEGUROS S.A.  
Presente

Hacemos constar que en fecha \_\_\_\_\_ hemos recibido la comunicación del siniestro cuyos datos se exponen a continuación:

**Datos del Asegurado Titular:**

|                                                                                          |                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Nombre y Apellido del Asegurado:                                                         | Documento de Identidad N°: |
| Nombre del Beneficiario declarado:                                                       | Documento de Identidad N°: |
| Relación con el Asegurado Titular:                                                       |                            |
| Nombre y Apellido del Asegurado Adherente:<br>(sólo para denuncia por gastos de sepelio) |                            |
| Relación con el Asegurado Titular:<br>(sólo para denuncia por gastos de sepelio)         |                            |

|                        |                        |                    |
|------------------------|------------------------|--------------------|
| Suma Asegurada.<br>Gs. | N° de póliza y endoso: | N° de certificado: |
|------------------------|------------------------|--------------------|

**Motivo de denuncia del siniestro:**

|  |                                                                                 |
|--|---------------------------------------------------------------------------------|
|  | Fallecimiento del asegurado por causas naturales o por enfermedad (MTE)         |
|  | Fallecimiento del asegurado por accidente (ACC)                                 |
|  | Invalidez total y permanente del asegurado a consecuencia de un accidente (INV) |
|  | Gastos de sepelio por fallecimiento de un asegurado adherente (GS)              |

**Se adjunta a la presente los siguientes documentos:**

|                |                                                       |
|----------------|-------------------------------------------------------|
| MTE ACC INV GS | Copia de Cédula de Identidad del asegurado titular    |
| GS             | Copia de Cédula de Identidad del asegurado adherente. |
| MTE ACC INV    | Copia de Cédula de Identidad del beneficiario.        |

|            |                                                                                                                                                                         |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MTE ACC GS | Copia de Certificado de Defunción expedida por el Ministerio de Salud, nosocomio donde se produjo el deceso, o médico tratante donde se especifique la causa de muerte. |
| ACC        | Copia del Acta de Procedimiento de Fiscalía o del Parte Policial                                                                                                        |
| INV        | Certificado de Invalidez elaborado por el Médico tratante donde conste el tipo de Invalidez.                                                                            |

**Datos del denunciante:**

|                                    |                        |
|------------------------------------|------------------------|
| Nombre y Apellido del Denunciante: | Cédula de Identidad N° |
| Teléfono de contacto:              | Relación:              |

Reconozco que la Aseguradora podrá solicitar otras documentaciones adicionales a efectos de analizar la denuncia presentada.

***“Declaro bajo fe de juramento que todos los datos contenidos en esta denuncia son verídicos, responsabilizándome por cualquier falsa declaración u omisión”.***

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
Firma del Denunciante

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado o Tomador / Aclaración / Teléfono

\*\*\*\*\*