



**La Rural del Paraguay S.A.P. de Seguros**

Avda. Mcal. López N° 1082 esq. Mayor Bullo

**PROPUESTA DE SEGURO – SECCION ACCIDENTES PERSONALES  
SEGURO COLECTIVO**

**POLIZA N°**

Principal Proponente	Asegurado		R.U.C.	
	Dirección		Tel/fax	
	Ciudad		Dpto	
	Vigencia	Desde	Hasta	

Actividad Principal de la empresa.....

Ocupación de las personas a asegurarse (indique número por ocupación)

Administrativos.....

Obreros .....

Servicios Generales .....



Han ocurrido entre el personal a asegurarse Accidentes, que de haber existido el Seguro que se solicita, hubieran sido cubiertos por el mismo(en caso afirmativo indique el número y la importancia de los mismos).

.....

El texto de esta póliza ha sido registrado en la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS, bajo el Código N° 2-0003 por Resolución S.S.N° 94/98, de fecha 23/03/98.

El Plan de Seguro consta de diez y nueve (19) páginas.

*[Signature]*  
Intendente  
Estudios Técnicos y Actuariales

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 Código Civil).

La presente solicitud la formulamos en carácter de Principal Proponente y certificamos que la información y respuestas anteriores son completas y verificadas; y aceptamos que cualquier declaración falsa eximirá a la Compañía del pago de la Indemnización.

Agente:  
Matrícula:



Firma del Proponente:  
Fecha:

000001





**La Rural del Paraguay S.A.P. de Seguros**

Avda. Mcal. López N° 1082 esq. Mayor Bullo

**CERTIFICADO DE SEGURO  
SECCIÓN ACCIDENTES PERSONALES  
SEGURO COLECTIVO**

**CERTIFICADO N°** :  
**PRINCIPAL CONTRATANTE** :  
**ASEGURADO** :  
**CAPITAL ASEGURADO** :  
**VIGENCIA** :  
**BENEFICIARIOS** :



**25 MAR 1998**

**RIESGO CUBIERTO:** La Compañía se compromete al pago de las indemnizaciones estipuladas en la Póliza Principal, si el Asegurado, sufriera durante la vigencia del Seguro, algún accidente que fuera la causa originaria de su muerte o invalidez permanente o temporaria, total o parcial y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año, a contar de la fecha del mismo.

**PERSONAS NO ASEGURABLES:** No pueden ser aseguradas las personas menores de 16 años, o las mayores de 65 años, los sordos, ciegos, miopes con más de diez dioptrías, mutilados o incapacitados con invalidez superior al 45% o paralíticos, epilépticos, gotosos, toxicómanos o alienados.

**DEFINICION DE ACCIDENTE:** Se entiende por accidente todo hecho que cause una lesión corporal que pueda ser determinada por médicos de una manera cierta, al Asegurado independiente de su voluntad, por la acción repentina y violenta de un agente externo.

**EXCLUSIONES:** Los accidentes provocados intencionalmente por el Asegurado o por los beneficiarios del Seguro; los que sean consecuencia de suicidio voluntario o tentativa de suicidio voluntario; participación del Asegurado en crímenes u otros delitos.

Los accidentes causados por infracción grave del Asegurado o los beneficiarios del Seguro a las Leyes, Ordenanzas Municipales y Decretos relativos a la seguridad de las personas.

**ALCANCE TERRITORIAL:** Este seguro está exento de restricciones por viajes, ocupación o lugar de residencia durante las 24 horas del día, mientras se mantenga la incorporación del Asegurado a la Póliza Principal.



**000002**

**BENEFICIARIOS:** Los beneficiarios del seguro se designan libremente y pueden ser sustituidos en cualquier momento, mediante comunicación escrita a la Compañía.

**CANCELACIÓN AUTOMÁTICA:** La cobertura fenece cuando: a) El Principal se encuentra en mora por más de 30 (treinta) días en el pago de la prima única, o de las cuotas pactadas en las Condiciones Particulares de la Póliza. Dicha circunstancia será comunicada al Asegurado. b) Cuando el Asegurado dejare de estar al servicio del Contratante.

**DENUNCIA DEL SINIESTRO:** El o los beneficiarios deberán comunicar el fallecimiento del Asegurado dentro de los (3) tres días de conocerlo, siempre que estén en conocimiento de la Póliza.

En caso contrario, se computará el plazo desde que conozcan la existencia de la Póliza, hasta máximo 6 (seis) meses de ocurrido el fallecimiento.

**PRUEBAS DEL FALLECIMIENTO:** El o los Beneficiarios suministrarán a la Compañía las siguientes pruebas: Copia legalizada de la Partida de Defunción y Constancias Policiales y/o Judiciales.



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



Asunción, de

de

000003





**La Rural del Paraguay S.A.P. de Seguros**  
Avda. Mcal. López Nº 1082 esq. Mayor Bullo

**SECCION ACCIDENTES PERSONALES – SEGURO COLECTIVO**

**PLANILLA DE INGRESO/SALIDA DE EMPLEADOS**

NOMBRE DE LA EMPRESA: .....

Nº DE ORDEN	NOMBRE Y APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	CAPITAL ASEGURADO		FECHA DE	
			MUERTE	INCAPACIDAD	INGRESO	SALIDA
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....



25 MAR 1998

Por el presente documento comunicamos la Inclusión/Exclusión de las personas indicadas más arriba en el Seguro Colectivo contratado por nuestra Empresa.

FECHA: .....

FIRMA: .....



700000



**La Rural del Paraguay S.A.P. de Seguros**

Avda. Mcal. López N° 1082 esq. Mayor Bullo

**CONDICIONES PARTICULARES**

Cía	Sección/ Sub-sección	Póliza	End.
Asegurado		R.U.C.	
Dirección Comercial			
Fecha de Emisión	Vigencia Desde las hs. del	Vigencia Hasta las hs. del	Capital Asegurado

Entre LA RURAL DEL PARAGUAY S.A. PARAGUAYA DE SEGUROS en adelante el "Asegurador" y quien precedentemente se designa con el nombre de "Asegurado" conforme a la propuesta presentada, celebran un Contrato de Seguro sujeto a las Condiciones Generales y Particulares convenidas y aceptadas para ser efectuadas de buena fe, y que se anexan a la presente Póliza formando parte integrante de la misma.

Esta Compañía está autorizada a operar por el Directorio del Banco Central del Paraguay según:

Res. Nro.	Acta	Fecha
-----------	------	-------

Quando 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 C.C.)

Prima	Gs.
Gtos. Administ	Gs.
R.P.F.	Gs.
Sub - Total	Gs.
I.V.A.	Gs.
Premio	Gs.

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

Forman parte integrante de la presente Póliza las siguientes Cláusulas Adicionales y Endosos:  
Cláusulas Adicionales Nros. :  
Endosos Nros.:

**DESCRIPCION DE LOS RIESGOS ASEGURADOS**

Art.	Descripción	Suma Asegurada Gs.
1.	MUERTE	.....
2.	INCAPACIDAD PERMANENTE	.....
3.	RENTA DIARIA	.....
4.	ASISTENCIA MEDICA	.....
	<b>TOTALES</b>	

000005





**La Rural del Paraguay S.A.P. de Seguros**

Avda. Mcal. López N° 1082 esq. Mayor Bullo

**SECCION ACCIDENTES PERSONALES  
SEGURO COLECTIVO**

**ENDOSO N° 1**



**Forma parte integrante de la Póliza N°:**

El presente seguro regirá para cada una de las personas comprendidas en la Nomenclatura anexa a la Póliza y por la indemnización especificada en la misma, mientras permanezcan al servicio del contratante.

Los ajustes de la prima que correspondan con motivo de la exclusión de asegurados cesantes en el empleo o de la incorporación de nuevos asegurados, se efectuarán a prorrata del tiempo transcurrido como asegurado o del que falte hasta el vencimiento de la Póliza, desde el día de la notificación de las cesantías a la Compañía, o de la aceptación por la misma de la incorporación de los nuevos asegurados respectivamente, teniendo en cuenta el premio aplicado o el premio a aplicar según la tarifa de la Compañía.

El contratante no podrá ser nombrado beneficiario del seguro o adjudicarse directa o indirectamente, salvo los casos previstos en el párrafo anterior las indemnizaciones a que dé lugar este seguro.



000019