



R.I. 18 Pitiantuta c/ Cap. Nicolás Blinoff
 Teléfs.: 225 250 - 225 256 - 214 001
 Fax: (595-21) 214 001 - C.C. 2735
 e-mail: segurospatria@segurospatria.com.py
 Asunción - Paraguay

Póliza/End. N°.: _____
 Cliente N°.: _____
 Certif. N°.: _____

**SEGURO DE VIDA COLECTIVO
 CANCELACION DE DEUDAS
 SOLICITUD INDIVIDUAL**

Por la presente solicito a PATRIA S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS mi incorporación al Seguro de Vida Colectivo para Cancelación de Deudas contratado por:.....en un todo de acuerdo con las Condiciones Generales Comunes, Particulares Específicas y Particulares de la Póliza emitida a nombre de ésta, en mi carácter de prestatario o Deudor del mismo y de conformidad con las siguientes informaciones que les proporciono.

Nombres:.....Apellidos:.....
 RUC o C.I.:.....Profesión:.....Sexo:.....
 Lugar de Nacimiento:.....Fecha de Nacimiento:.....Edad:.....
 Estado Civil:.....Talla (calzado):.....m.....cm. Peso (vestido):.....Kg.
 Domicilio Particular:.....Teléfono:.....
 Domicilio Comercial:.....Teléfono:.....

Antecedentes Clínicos

a) Sufre usted actualmente o ha sufrido en el transcurso de los últimos 5 (cinco) años, algún malestar físico o enfermedad que le haya obligado a ser visto o no por un médico o sometido a estudios tales como: análisis o prueba por laboratorio, radioscopias o radiografías, electrocardiogramas, presión sanguínea, regímenes alimenticios o cualquier otro no mencionado expresamente ? (sí o no) En caso afirmativo, cite al médico que lo atendió y/o el(los) estudio(s) o pruebas realizadas y el (los) resultado(s) si fueron: normales, regulares, malos:

b) Soporta usted algún defecto físico (cojera, amputaciones, etc.):

Otros seguros

a) Posee otro seguro de vida (sí o no):**b)** En qué Compañía y por que suma?:

Renuncia al Secreto Médico Profesional

Autoriza usted con relación al seguro, a los médicos que le han asistido o examinado o que lo hagan en el futuro, a proporcionar los datos que poseen o informes que conozcan sobre su salud o enfermedad padecida? (sí o no).....

Declaro expresamente que he leído con atención las preguntas de este formulario, así como las respuestas consignadas, que a mi entender son verdícas, precisas y completas, manifestando, a los efectos de este seguro, encontrarme en buenas condiciones de salud.

CODIGO CIVIL. - Art. 1.549 Toda declaración falsa, omisión o reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado, que hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si el Asegurador hubiese sido informado del verdadero estado del riesgo; hace anulable el contrato.

Objeto del Seguro: De conformidad a lo establecido en esta póliza, el Asegurador pagará al Contratante o Tomador el saldo a su favor de la deuda que tenga el tercero deudor conforme a las declaraciones de aquel, si ocurriese el fallecimiento de éste estando la cobertura en pleno vigor sin restricción en cuanto a residencia, ocupación y viajes que realice el tercero deudor dentro o fuera del país, hasta el monto máximo de capital asegurado establecido en las Condiciones Particulares, a fin de la cancelación de dicha deuda; una vez recibidas y aceptadas las correspondientes pruebas de fallecimiento, así como las informaciones complementarias y documentos necesarios para liquidar el siniestro. Pago Anticipado por Incapacidad Total y Permanente según Cláusula Adicional N° 1 .

Personas no Asegurables: De conformidad con el Artículo 1663 del Código Civil no pueden asegurarse en el riesgo de muerte los interdictos y los menores de 14 años de edad. Tampoco son asegurables por esta Póliza las personas cuyas edades sean inferior a 20 años ni las de más de 70 años, así como también las personas con incapacidades físicas y mentales, paralíticos, epilépticos, toxicómanos.

Riesgos no cubiertos: Quedan excluidos de este seguro, y en consecuencia no indemnizables, los siguientes casos:

- a) Participación como conductor o integrante de equipos en competencia de pericia o velocidad, con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o en justas hípicas.
- b) Intervención en la prueba de prototipos de aviones, automóviles u otros vehículos de propulsión mecánica.
- c) Práctica o utilización de la aviación, salvo como pasajero de servicios de transporte aéreo regular.
- d) Intervención en otras ascensiones aéreas o en operaciones o viajes submarinos.
- e) Guerra que no comprenda a la Nación Paraguaya, en caso de comprenderla, las obligaciones del Deudor así como las del Asegurador, se regirán por las normas que en tal emergencia, dictaren las autoridades competentes.
- f) Cuando el Deudor se haya dado voluntariamente la muerte (suicidio), salvo que el contrato haya estado en vigor ininterrumpidamente durante tres años sobre la misma deuda y con las condiciones originales. Si el suicidio se produjo en circunstancias que excluyan la voluntad del Deudor, el Asegurador no se libera.
- g) Participación del Deudor en actos ilícitos, delitos, crímenes, duelo, desafíos o riñas; no considerándose como riñas los casos de legítima defensa del Deudor y de sus familiares; o por aplicación legítima de la pena de muerte.
- h) Acontecimientos catastróficos originados por la energía nuclear.

Denuncia del Siniestro: El Tomador o el derecho-habiente, en su caso, comunicará al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los (3) tres días de conocerlo, bajo la pena de perder el derecho a ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, sin culpa o negligencia (Art. 1589 y Art. 1590 C.C.). 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. (Art. 1556 C.C.)

En este acto solicito y autorizo en forma expresa al Banco y/o BANCARD S.A. a que proceda a incorporarme al sistema de débito automático de servicios y a realizar los débitos correspondientes en mi Cuenta Corriente, Caja de Ahorro y Tarjeta de Crédito individualizadas en este documento, de todos los montos o cuotas, vencidos o impagos correspondientes a las coberturas de seguros aquí detalladas a efectos de que me encuentre al día con el pago de las primas permanentemente. La presente autorización de débito automático es irrevocable, pero queda inmediatamente suspendida, sin necesidad de notificación alguna, en las siguientes circunstancias: a) en caso que la tarjeta de crédito individualizada al pie de la presente solicitud se encuentre excedida en la línea de crédito autorizada, teniendo en cuenta que los débitos en consecuencia no podrán ser realizados; b) en caso de que no se haya realizada el pago mínimo o el pago suficiente para la disponibilidad de línea de crédito correspondiente, una vez registrado el vencimiento del mismo; c) en el caso que la empresa prestadora del servicio no incluya mi nombre entre los usuarios del débito automático; d) en caso de no disponer de los fondos suficientes en la Cuenta Corriente, Caja de Ahorro y Tarjeta de Crédito individualizadas para el pago del importe del seguro, deslindo de toda responsabilidad al Banco Continental S.A.E.C.A. En consecuencia, el Banco Continental S.A.E.C.A. y/o BANCARD S.A. queda exonerado de toda responsabilidad por el advenimiento de cualquiera de las circunstancias anteriormente expresadas y por cuya causa no se hubiere autorizado el pago a la empresa prestadora de los servicios de seguros. Si el débito no pudiera realizarse por encontrarme excedido en mi línea de crédito autorizada, o si la tarjeta de crédito se encuentra bloqueada por cualquier motivo, o no me encuentro al día con el pago de mis cuotas o extractos, el Banco Continental S.A.E.C.A. queda facultado pero no obligado y suficientemente autorizado en forma irrevocable e incondicional a realizar el débito de cualquiera de mis cuentas bancarias, sea Cuenta Corriente, Caja de ahorro, Tarjeta de Crédito.

Por este medio autorizo(amos) suficientemente a PATRIA S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS a renovar unilateralmente a su vencimiento la cobertura aquí contratada, otorgándose esta autorización en los términos del art. 917 del Código Civil, cargando a mi orden y cuenta todo gasto emergente de la renovación de la Póliza respectiva. Solicito que el pago del costo de la renovación de la cobertura se haga efectivo a través del mismo procedimiento de débito automático más arriba autorizado, salvo expresa notificación por escrito indicando la no renovación de los mismos.

Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Acreedor o por los deudores, aún hecha de buena fe, que a juicio de peritos hubiere impedido el contrato o la aceptación de los seguros de los créditos individuales, o habría modificado las condiciones de los mismos, si el Asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato o los créditos individuales, según el caso.

DATOS DE CUENTA

Tipo: Cuenta Corriente. Caja de Ahorro. Tarjeta de Crédito. N°:.....

DATOS DEL CREDITO

- a) Monto del Crédito (Gs.....)
- b) Plazo del créditomeses/días
- c) Fecha de adjudicación del crédito.....
- d) Amortización (mensual o al vencimiento).....
- e) Fecha de Vencimiento del crédito.....
- f) Importe del Premio del Seguro (Gs)

Asunciónde.....de.....

.....
 Firma del Tomador

.....
 Firma del Deudor