



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°: _____

SOLICITUD INDIVIDUAL

Por la presente solicito a PATRIA S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS mi incorporación al Seguro de Riesgos Varios / Desempleo – Hospitalización 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:.....
 Domicilio Particular:.....Teléfono:.....
 Domicilio Comercial:.....Teléfono:.....

Objeto del Seguro: De conformidad a lo establecido en esta póliza, el Asegurador pagará al Contratante o Tomador el monto de las cuotas estipuladas según Plan de Cobertura, si ocurriese el Desempleo Involuntario u Hospitalización de éste estando la cobertura en pleno vigor, una vez recibidas y aceptadas las correspondientes pruebas, así como las informaciones complementarias y documentos necesarios para liquidar el siniestro.

Personas no Asegurables: No son asegurables por esta póliza las personas las personas cuyas edades sean inferior a 18 años ni las de más de 65 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:

Para la Cobertura de DESEMPLEO INVOLUNTARIO

Este contrato no cubrirá indemnización alguna con respecto a cualquier periodo de desempleo involuntario que resulte de:

- El fallecimiento del asegurado
- Desempleo involuntario del asegurado que se inicie dentro del periodo de carencia especificado en la carátula o certificado de la póliza.
- El periodo de carencia deberá cumplirse cada vez que se ingrese al seguro, entendiéndose como ingreso la contratación del seguro que no sea renovación inmediata y continua de un seguro anterior.
- Jubilación, pensión o retiro anticipado del asegurado.
- Participar en paros, disputas laborales o huelgas
- Cuando el asegurado haya sido informado con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, de algún programa por parte de su empleador para reducir la plantilla laboral o iniciar despidos que de manera específica o general incluyan el área de trabajo del asegurado.
- Renuncia voluntaria.
- Desempleo originado por condiciones mentales del asegurado.
- Pérdida de empleo del asegurado, notificada por el empleador previo a la fecha de inicio de la vigencia de la póliza o certificado.
- Terminación de un contrato de trabajo, a trabajadores con contrato temporal y/o practicantes. En caso de darse una terminación anticipada de estos tipos de contrato de trabajo, la aseguradora solo cubrirá los pagos, hasta el número máximo de cuotas contratado o la recuperación del empleo, que correspondan (no sobrepasen) al periodo original de dicho contrato de trabajo, de obra o tiempo determinado del asegurado
- Se excluye a las personas que sean trabajadores, comerciantes o profesionales que laboren en forma independiente y estén percibiendo un ingreso (convirtiéndose en sus propios empleadores).
- Despido por falta grave de acuerdo a la Ley Laboral vigente de Paraguay.
- Pérdida del empleo para trabajadores con una antigüedad menor a seis (6) meses, con el mismo empleador.

Para la Cobertura de INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD

Este contrato no cubrirá indemnización alguna con respecto a cualquier periodo de desempleo involuntario que resulte de:

- El fallecimiento del asegurado.
- Accidentes por participar en: servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección. actos delictivos intencionales de cualquier tipo, en los que participe directamente el asegurado.
- Salvo pacto en contrario, este contrato no ampara accidentes que se originen por participar en actividades como:
 o Aviación privada cuando el asegurado participe como tripulante, o mecánico, con excepción de líneas comerciales autorizadas para transportación regular de pasajeros con itinerarios fijos y rutas establecidas o pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo en las que participe directamente el asegurado o conducción de motocicletas y vehículos de motor similar acuáticos y terrestres en las que participe directamente el asegurado o paracaidismo, buceo, alpinismo, esquí, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.
- Suicidio o intento de suicidio o mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- Las afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea o aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de un accidente.
- Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de un accidente que haya ocurrido durante la vigencia de este contrato.
- Lesiones sufridas por culpa grave del asegurado como consecuencia de estar en estado alcohólico o por el uso de estimulantes; excepto si fue prescrito por un médico.
- Accidentes originados por hacer uso de enervantes, estimulantes o cualquier droga ilegal u otra sustancia similar, salvo que se demuestre prescripción médica.
- Tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico-nerviosa, neurosis y psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas; excepto si fue por causa de un accidente.
- Padecimientos preexistentes
- Se excluye a las personas que estén empleadas de tiempo completo y trabajen bajo un contrato por tiempo indefinido para una empresa que cuente con Registro Patronal en las entidades que exige la Ley Laboral Vigente.
- Invalidez total temporal por enfermedad o accidente de una personas con una antigüedad menor a doce (12) meses, desarrollando su actividad independiente.

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