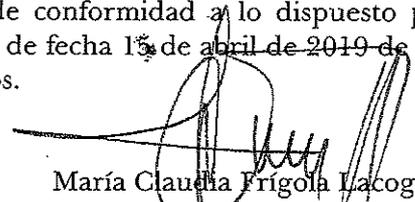


Denominación del Plan: SEGURO DE GASTOS MEDICOS MAYORES.

1. Descripción del plan	1
2. Modelo de Póliza	4
3. Modelo de Certificado Individual	27
4. Modelo de Propuesta	32
5. Nota Técnica	36
6. Otros Elementos Contractuales	40
7. Requisitos Especiales para Caucción	40

El presente plan consta de 47 páginas.

El presente Plan de Seguro de la Sección SEGURO DE SALUD, denominado SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES, ha sido incluido en el Registro Público de Planes de Seguros que obra en la Superintendencia de Seguros, bajo el Código N° 6-0071 de conformidad a lo dispuesto por la Nota SS.SG. N° 388/19 de fecha 15 de abril de 2019 de la Superintendencia de Seguros.

0000002

María Claudia Frígola Lacognata, Jefe
División de Estudios Actuariales e Inscripciones de Planes de Seguros

1. Descripción del plan

1.1 El objetivo del plan

El presente plan de seguro colectivo, tiene por objeto otorgar cobertura por todos aquellos gastos médicos que sobrevengan al Asegurado Beneficiario (Titular y Adherentes) en caso de que contraiga enfermedades o sufra accidentes y cuyos gastos de atención médica excedan la cobertura de salud otorgada por una Empresa de Medicina Prepaga y/o una franquicia a ser establecido en las Condiciones Particulares de la póliza.

Así también, la póliza cubrirá la diferencia del arancel no cubierto por el Servicio de Medicina Prepaga en los casos que el Asegurado Beneficiario tenga excesos de gastos médicos por servicios arancelados, en los términos establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza.

1.2 Riesgos a ser cubiertos.

La cobertura otorgada por la póliza se aplica a aquellos gastos por prestaciones de servicios médicos, sanatoriales y de diagnóstico que excedan la franquicia y/o los costos de las coberturas médicas establecidas en el contrato suscrito por el Tomador con la Empresa de Medicina Prepaga, siempre y cuando el Asegurado (Titular y Adherentes) deba asumir las diferencias de costos de las prestaciones médicas utilizadas, o cuando sean requeridos estudios no contemplados en el contrato con la Empresa de Medicina Prepaga, hasta los límites establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza.

1.3 Partes que suscribirán el Contrato.

- **Asegurador 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.
- **Contratante y/o Tomador:** es quien contrata el seguro con el Asegurador, acordando o aceptando las condiciones de la póliza y quien se obliga al pago de la prima.
- **Asegurado:** persona física que es sujeto de una prestación médica o sanatorial conforme a lo establecido en el contrato con la Empresa de Medicina Prepaga. Son



Asegurados tanto el **Asegurado Titular** como los **Asegurados Adherentes** si hubieren.

- **Asegurado Titular:** es la persona física que firma la solicitud como asegurado principal, identificado en la póliza como tal, quien a su vez es Beneficiario del seguro.
- **Asegurados Adherentes:** siempre y cuando se encuentren incluidos bajo la cobertura del contrato de servicios contratado con la Empresa de Medicina Prepaga, los Asegurados Adherentes pueden ser:
 1. Familiares directos: el cónyuge o concubino declarado judicialmente del Asegurado Titular y los hijos solteros a cargo del Asegurado Titular, hasta los veinticuatro (24) años de edad, siempre que hubieren sido declarados en la solicitud original.
 2. Toda aquella persona que el Asegurador haya expresamente aceptado como Asegurado Adherente a solicitud del Asegurado Titular y que no esté contemplada en el punto 1 precedente, siempre que haya sido individualizada en la solicitud y que el Asegurador considere que existe un interés asegurable y una relación de dependencia económica con el Asegurado Titular.

1.4 Duración de la Cobertura y Procedimiento para Anulación Anticipada.

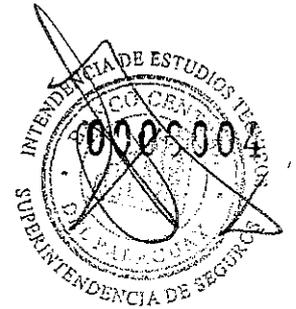
Las pólizas tendrán una duración normal es de un (1) año, siendo el plazo ser inferior o superior al año dependiente de lo acordado con el contratante. Cualesquiera de las partes tienen derecho a rescindir el contrato sin expresar causa. Cuando el Asegurador ejerza este derecho, dará un preaviso no menor de quince (15) días. Cuando lo ejerza el Tomador, la rescisión se producirá desde la fecha en que notifique fehacientemente esta decisión.

1.5 Elementos para verificación en caso de Anulación Anticipada.

Los elementos a disposición del Tomador o Asegurado Titular para la verificación del monto al cual tiene derecho en caso de anulaciones anticipadas es la tabla de periodo corto, pudiendo aplicarse por endoso a prorrata temporis (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 Generales Comunes, Particulares Específicas y Particulares), las Solicitudes Individuales de Incorporación al Seguro presentadas por el Tomador y/o los Asegurados, y los Certificados Individuales de Cobertura que se expiden a los Asegurados constituyen el contrato completo entre el Tomador, los Asegurados Titulares y el Asegurador.



En caso de discordancia entre las Condiciones Generales Comunes, Particulares Específicas y Particulares, predominarán éstas sobre las otras, y las Particulares Específicas sobre las Generales Comunes.

En las Condiciones Particulares de la Póliza se incorporan los elementos necesarios para identificar correctamente el interés Asegurado, la suma asegurada, el Asegurado, el Contratante y/o Tomador, 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

No se firmarán convenios con otras empresas del ramo, salvo que sean necesarios para la ejecución del presente plan, sean estos médicos, sanatorios, hospitales, laboratorios, farmacias u otras personas físicas o jurídicas cuyos servicios se relacionan a la salud, y sean requeridas habitualmente para este tipo de coberturas.

1.8 Elementos de Tecnología de la Información a ser utilizados

Como herramienta para emisión y control de las pólizas se utiliza el software SOFTTEN RUMBOS que acompaña y optimiza la administración, control y seguimiento de todas las operaciones de comercialización, emisión, cobranza, siniestros, reaseguro, recursos humanos y contabilidad de las compañías de seguros, al tiempo que resulta una herramienta imprescindible para la toma de decisiones ya que aporta toda la información estratégica que la alta gerencia necesita.

Para difusión de las coberturas y condiciones se utiliza la página web institucional www.rumbos.com.py

1.9 Formas de coparticipación del Asegurado

Se aplican franquicias que puede ser un monto fijo o el Plan de Servicios de Medicina Prepaga otorgado por un prestador que no tiene relación ni contrato con la Compañía de Seguros.

"RUMBOS S.A. DE SEGUROS"


Christian Larremegabe Benza
Director Ejecutivo



2. Modelo de Póliza

CONDICIONES GENERALES COMUNES SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

LEY DE LAS PARTES CONTRATANTES CLÁUSULA 1.

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.

Los derechos y obligaciones del Asegurado y del Asegurador que se mencionan con indicación de los respectivos artículos del Código Civil, deben entenderse como simples enunciaciones informativas del contenido esencial de la ley, la que rige en su integridad con las modalidades convenidas por las partes.

En caso de discordancia entre las Condiciones Generales Comunes, Particulares Específicas y Particulares, predominarán éstas sobre las otras, y las Particulares Específicas sobre las Generales Comunes.

MEDIDA DE LA PRESTACIÓN CLÁUSULA 2.

Si al tiempo del siniestro el valor asegurado excede el valor asegurable, el Asegurador sólo está obligado a resarcir el perjuicio efectivamente sufrido; no obstante, tiene derecho a percibir la totalidad de la prima (Art. 1604 C.C.).

Cuando el siniestro sólo causa daño parcial y el contrato no se rescinde, el Asegurador sólo responderá en el futuro por el remanente de la suma asegurada, salvo pacto en contrario (Art. 1594 C.C.).

AGRAVACIÓN DEL RIESGO CLÁUSULA 3.

El Tomador está obligado a dar aviso inmediato al Asegurador de los cambios sobrevenidos que agraven el riesgo (Art. 1580 C.C.).

Toda agravación del riesgo que, si hubiese existido al tiempo de la celebración del contrato, habría impedido éste o modificado sus condiciones, es causa de rescisión del seguro (Art. 1581 C.C.).

“RUMBOS S.A. DE SEGUROS”


Christian Larraínegabe Benza
Director Ejecutivo



Cuando la agravación se deba a un hecho del Tomador, la cobertura queda suspendida. El Asegurador, en el plazo de siete (7) días, deberá notificar su decisión de rescindir el contrato (Art. 1582 C.C.).

Cuando la agravación resulte de un hecho ajeno al Tomador, o si éste debió permitirlo o provocarlo por razones ajenas a su voluntad, el Asegurador deberá notificarle su decisión de rescindir el contrato dentro del plazo de un (1) mes, y con preaviso de siete (7) días. Se aplicará el Artículo 1582 del Código Civil si el riesgo no se hubiese asumido según las prácticas comerciales del Asegurador.

Si el Tomador omitiere denunciar la agravación, el Asegurador no está obligado a su prestación si el siniestro se produce durante la subsistencia de la agravación del riesgo, excepto que:

- a) el Tomador incurra en la omisión o demora sin culpa o negligencia; y
- b) el Asegurador conozca o debiera conocer la agravación al tiempo en que debía hacerle la denuncia (Art. 1583 C.C.).

La rescisión del contrato da derecho al Asegurador:

- a) si la agravación del riesgo le fue comunicada oportunamente, a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido;
- b) en caso contrario, a percibir la prima por el periodo de seguro en curso (Art. 1584).

RETICENCIA Y FALSA DECLARACIÓN

CLÁUSULA 4.

Toda declaración falsa, omisión o toda 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.

El Asegurador debe impugnar el contrato dentro de los tres (3) meses de haber conocido la falsedad, omisión o reticencia (Art. 1549 C.C.).

Cuando la reticencia no dolosa es alegada en el plazo del Art. 1549 del Código Civil, el Asegurador puede pedir la nulidad del contrato restituyendo la prima percibida con deducción de los gastos, o reajustarla con la conformidad del Asegurado al verdadero estado del riesgo (Art. 1550 C.C.).

Si la reticencia fuese dolosa o de mala fe, el Asegurador tiene derecho a las primas de los periodos transcurridos y del periodo en cuyo transcurso invoque la reticencia o falsa declaración (Art. 1552 C.C.).



En todos los casos, si el siniestro ocurre durante el plazo para impugnar, el Asegurador no adeuda prestación alguna (Art. 1553 C.C.).

**NULIDAD DEL CONTRATO
CLÁUSULA 5.**

El contrato será nulo si al tiempo de su celebración, el siniestro se hubiere producido o hubiere desaparecido el riesgo. Si se conviene que el contrato comprende un período anterior a su celebración, es nulo sólo si al tiempo de su conclusión, el Asegurador conocía la imposibilidad de que ocurriese el siniestro, o el Tomador sabía que se había producido (Art. 1547 C.C.)

**CADUCIDAD POR INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES Y CARGAS
CLÁUSULA 6.**

El incumplimiento de las obligaciones y cargas impuestas al Tomador o Asegurado por el Código Civil (salvo que se haya previsto otro efecto en el mismo para el incumplimiento) y por el presente contrato, produce la caducidad de los derechos del Tomador o Asegurado si el incumplimiento obedece a su culpa o negligencia, de acuerdo con el régimen previsto en el Art. 1579 del Código Civil.

**PAGO DE LA PRIMA
CLÁUSULA 7.**

La prima es debida desde la celebración del contrato, pero no es exigible sino contra entrega de la Póliza, salvo que se haya emitido un certificado o instrumento provisorio de cobertura (Art. 1573 C.C.).

En todos los casos en que el Asegurado reciba indemnización por el daño o la pérdida, deberá pagar la prima íntegra (Art. 1574 C.C.).

Cuando la rescisión se produzca por mora en el pago de la prima, el Asegurador tendrá derecho al cobro de la prima única, o a la prima del período en curso. (Art. 1575 C.C.).

**DENUNCIA DE SINIESTRO Y CARGAS ESPECIALES
CLÁUSULA 8.**

El Tomador, el Asegurado Titular, o los Asegurados Adherentes, comunicarán al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los tres (3) días de conocerlo, bajo pena de perder el derecho a ser indemnizados, salvo que acrediten caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, sin culpa o negligencia (Arts. 1589 y 1590 C.C.).



También están obligados a suministrar al Asegurador, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo, y a permitirle las indagaciones necesarias a tal fin (Art. 1589 C.C.).

El Tomador, el Asegurado Titular y los Asegurados Adherentes pierden el derecho a ser indemnizados si dejan de cumplir maliciosamente las cargas previstas en el Artículo 1589 del Código Civil, o exageran fraudulentamente los daños o emplean pruebas falsas para acreditar los daños (Art. 1590 C.C.).

MORA AUTOMÁTICA
CLÁUSULA 9.

Toda denuncia o declaración impuesta por esta póliza o por el Código Civil debe realizarse en el plazo fijado para el efecto (Art. 1559 C.C.).

VERIFICACIÓN DEL SINIESTRO
CLÁUSULA 10.

El Asegurador podrá designar uno o más expertos para verificar el siniestro y la extensión de la prestación a su cargo, examinar la prueba instrumental y realizar las indagaciones necesarias a tales fines. El informe del o de los expertos no compromete al Asegurador, es únicamente un elemento de juicio para que éste pueda pronunciarse acerca del derecho del Asegurado.

El Asegurador tiene derecho a hacer toda clase de investigación, levantar información y practicar evaluación en cuanto al daño, su valor y sus causas, y exigir del Asegurado testimonio o juramento permitido por las leyes procesales.

GASTOS NECESARIOS PARA VERIFICAR Y LIQUIDAR
CLÁUSULA 11.

Los gastos necesarios para verificar el siniestro y liquidar el daño indemnizable son a cargo del Asegurador, en cuanto no hayan sido causados por indicaciones inexactas del Tomador, del Asegurado Titular o de los Asegurados Adherentes. Se excluye el reembolso de la remuneración del personal dependiente del Tomador, del Asegurado Titular o de los Asegurados Adherentes (Art. 1614 C.C.).

REPRESENTACIÓN DEL ASEGURADO
CLÁUSULA 12.

El Tomador, el Asegurado Titular y/o los Asegurados Adherentes podrán hacerse representar en las diligencias para verificar el siniestro y liquidar el daño, y serán por su cuenta los gastos de esa representación (Art. 1613 C.C.).



**VENCIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN DEL ASEGURADOR
CLÁUSULA 13.**

El pago de la indemnización se hará dentro de los quince (15) días de notificado el siniestro, o de acompañada la información complementaria prevista para efectuarse la denuncia del siniestro (Art. 1591 C.C.).

Es nulo el convenio que exonere al asegurador de la responsabilidad por su mora (Art. 1592 C.C.).

**ANTICIPO
CLÁUSULA 14.**

Cuando el Asegurador estimó el daño y reconoció el derecho del Asegurado Titular, éste podrá reclamar un pago a cuenta, si el procedimiento para establecer la prestación debida no se hallase terminado un (1) mes después de notificado el siniestro. El pago a cuenta no será inferior a la mitad de la prestación reconocida u ofrecida por el Asegurador. Cuando la demora obedezca a omisión del Tomador, del Asegurado Titular o de los Asegurados Adherentes, el término se suspenderá hasta que éstos cumplan las cargas impuestas por la ley o el contrato (Art. 1593 C.C.).

**PLAZO PARA PRONUNCIARSE SOBRE EL DERECHO DEL ASEGURADO
CLÁUSULA 15.**

El Asegurador debe pronunciarse acerca del derecho del Asegurado Titular y de los Beneficiarios dentro de los treinta (30) días de recibida la información complementaria prevista para la denuncia del siniestro. La omisión de pronunciarse importa aceptación. En caso de negativa, deberá enunciar todos los hechos en que se funde (Art. 1597 C.C.).

**FACULTADES DEL PRODUCTOR O AGENTE
CLÁUSULA 16.**

El productor o agente de seguros, cualquiera sea su vinculación con el Asegurador, sólo está facultado para recibir propuestas, entregar instrumentos emitidos por el Asegurador referentes a contratos o sus prórrogas y aceptar el pago de la prima, si se halla en posesión de un recibo del Asegurador. Para representar al Asegurador en cualquier otra cuestión, debe hallarse facultado para actuar en su nombre (Art. 1595 y 1596 C.C.).

**USO DE LOS DERECHOS POR EL TOMADOR O ASEGURADO TITULAR
CLÁUSULA 17.**



Cuando se encuentre en posesión de la póliza, el Tomador puede disponer a nombre propio de los derechos que resultan del contrato. Puede igualmente cobrar la indemnización, pero el Asegurador tiene el derecho de exigir que el Tomador acredite previamente el consentimiento del Asegurado Titular, a menos que el Tomador demuestre, que contrató por mandato de aquel, o en razón de una obligación legal (Art. 1567 C.C.).

Los derechos que derivan del contrato corresponden al Asegurado Titular y a los Asegurados Adherentes si poseen la póliza. En su defecto, no pueden disponer de sus derechos ni hacerlos valer judicialmente sin el consentimiento del Tomador (Art. 1568 C.C.).

**PRESCRIPCIÓN
CLÁUSULA 18.**

Las acciones fundadas en el presente contrato prescriben en el plazo de un (1) año, computado desde que la correspondiente obligación es exigible (art. 666 C.C.).

**CÓMPUTO DE LOS PLAZOS
CLÁUSULA 19.**

Todos los plazos de días, indicados en la presente póliza, se computarán corridos, salvo disposición expresa en contrario.

**RESCISIÓN UNILATERAL
CLÁUSULA 20.**

Cualquiera de las partes tiene derecho a rescindir el presente contrato sin expresar causa. Cuando el Asegurador ejerza este derecho, dará un preaviso no menor de quince (15) días. Cuando lo ejerza el Tomador o el Asegurado Titular, la rescisión se producirá desde la fecha en que notifique fehacientemente esa decisión. Cuando el seguro rija de doce a doce horas, la rescisión se computará desde la hora doce inmediata siguiente, y en caso contrario, desde la hora veinticuatro.

Si el Asegurador ejerce el derecho de rescindir, la prima se reducirá proporcionalmente por el plazo no corrido. Si el Tomador opta por la rescisión, el Asegurador tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido, según las tarifas de corto plazo (Art. 1562 C.C.).

Cuando el siniestro sólo causa un daño parcial, ambas partes pueden rescindir unilateralmente el contrato hasta el momento del pago de la indemnización. Si el Asegurador opta por rescindir, su responsabilidad cesará quince (15) días después de haber notificado su decisión al Tomador o al Asegurado Titular, y reembolsará la prima por el tiempo no transcurrido del período en curso, en proporción al remanente de la suma asegurada. Si el Tomador o el Asegurado Titular opta por la rescisión, el Asegurador conservará el derecho



a la prima por el período en curso, y reembolsará la percibida por los períodos futuros. (Art. 1594 C.C.).

Cuando la rescisión se produzca por mora en el pago de la prima, el Asegurador tendrá derecho al cobro de la prima única, o a la prima del período en curso (Art. 1575 C.C.).

**PLURALIDAD DE SEGUROS
CLÁUSULA 21.**

Si el Tomador asegurare el mismo interés y el mismo riesgo con más de un asegurador, notificará dentro de los diez (10) días hábiles a cada uno de ellos sobre los demás contratos celebrados, con indicación del asegurador y de la suma asegurada, bajo pena de caducidad.

En caso de siniestro, cuando no existan estipulaciones especiales en el contrato o entre los aseguradores, se entiende que cada asegurador contribuye proporcionalmente al monto de su contrato, hasta la concurrencia de la indemnización debida. La liquidación de los daños se hará considerando los contratos vigentes al tiempo del siniestro. El asegurador que abona una suma mayor que la proporcionalmente a su cargo, tiene acción contra el asegurado y los demás aseguradores para efectuar el correspondiente reajuste. Puede estipularse que uno o más aseguradores respondan sólo subsidiariamente, o cuando el daño exceda de una suma determinada (Art. 1606 C.C.)

El Tomador o el Asegurado Titular no pueden pretender en el conjunto una indemnización que supere el monto del daño sufrido. Si se celebró el seguro plural con la intención de un enriquecimiento indebido, serán anulables los contratos celebrados con esa intención; sin perjuicio del derecho de los aseguradores a percibir la prima devengada en el período durante el cual no conocieron esa intención, si la ignoraban al tiempo de la celebración del contrato (Art. 1607 C.C.).

**PRÓRROGA DE JURISDICCIÓN
CLÁUSULA 22.**

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.).

**DOMICILIO PARA DENUNCIAS Y DECLARACIONES
CLÁUSULA 23.**

El domicilio en que las partes deben efectuar las denuncias y declaraciones previstas en el Código Civil o en el presente contrato, es el último declarado (Art. 1560 C.C.).



**CONDICIONES PARTICULARES ESPECÍFICAS
SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES**

CONTRATO COMPLETO

CLÁUSULA 1.

Las Condiciones Particulares, las Condiciones Particulares Específicas, las Condiciones Generales Comunes, los Certificados Individuales de Cobertura, las Solicitudes Individuales de Incorporación al Seguro, constituyen el contrato completo entre el Tomador, los Asegurados Titulares y Adherentes, y el Asegurador.

RIESGOS CUBIERTOS

CLÁUSULA 2.

En virtud de la presente póliza, el Asegurador cubrirá aquellos gastos por prestación de servicios médicos, sanatoriales y de diagnóstico necesarios, que superen los límites de las coberturas establecidas como franquicia y/o en el contrato suscripto con la Empresa de Medicina Prepaga dentro de los límites establecidos en las Condiciones Particulares de la presente póliza, los cuales deban ser abonados por el Asegurado Titular o por los Asegurados Adherentes, comprendiendo, entre otras, las siguientes prestaciones utilizadas por el Asegurado Titular y/o por los Asegurados Adherentes: consultas, procedimientos ambulatorios, estudios de diagnóstico, tratamientos e internaciones por eventos clínicos, quirúrgicos, terapia intensiva o tratamientos de alta complejidad, y de cualquier otra prestación médica contemplada en el contrato de prestación de servicios con la Empresa de Medicina Prepaga. Se incluyen además medicamentos y descartables.

Se cubrirán patologías contraídas con anterioridad a la vigencia de esta póliza, siempre y cuando no hayan sido diagnosticadas. Asimismo, se cubrirán igualmente las patologías diagnosticadas durante la vigencia del contrato con la Empresa de Medicina Prepaga.

La medida de la prestación es a Primer Riesgo con Franquicia Absoluta y el modo de cobertura es Base Ocurrencia.

PERSONAS ASEGURABLES

CLÁUSULA 3.

Son asegurables por este Seguro los grupos informados por el Tomador del seguro al Asegurador como Asegurado Titular y Asegurados Adherentes. Pueden formar parte del grupo los Asegurados Titulares y Asegurados Adherentes de acuerdo a la siguiente definición:

- **Asegurado Titular:** es la persona física que firma la solicitud como asegurado principal, identificado en la póliza como tal, quien a su vez es Beneficiario del seguro.



- **Asegurados Adherentes:** siempre y cuando se encuentren incluidos bajo la cobertura del contrato de servicios contratado con la Empresa de Medicina Prepaga, los Asegurados Adherentes pueden ser:
 1. Familiares directos: el cónyuge o concubino declarado judicialmente del Asegurado Titular y los hijos solteros a cargo del Asegurado Titular, hasta los veinticuatro (24) años de edad, así como los del cónyuge o concubino declarado judicialmente del Asegurado Titular, siempre que hubieren sido declarados en la solicitud original.
 2. Toda aquella persona que el Asegurador haya expresamente aceptado como Asegurado Adherente a solicitud del Asegurado Titular y que no esté contemplada en el punto 1 precedente, siempre que haya sido individualizada en la solicitud y que el Asegurador considere que existe un interés asegurable y una relación de dependencia económica con el Asegurado Titular.

RIESGOS NO CUBIERTOS CLÁUSULA 4.

Quedan excluidos de la cobertura de este contrato todos los gastos que no correspondan a servicios de salud, sanatoriales o de diagnóstico. Así mismo, se excluyen los tratamientos, procedimientos y patologías excluidos en forma total en el contrato de servicios suscrito por el Tomador o el Asegurado Titular con la Empresa de Medicina Prepaga.

INFORMACIONES NECESARIAS CLÁUSULA 5.

Para poder acogerse a la cobertura de la presente póliza, el Tomador deberá remitir al Asegurador una planilla con el listado de grupos a ser incorporados por cada Asegurado Titular, acompañando para su revisión las Solicitudes Individuales de Incorporación al Seguro de cada grupo compuesto por Asegurado Titular y los Asegurados Adherentes.

Para el efecto remitirá al Asegurador por medio magnético y/o en planilla impresa y firmada por el responsable, una lista con la siguiente información, así como las copias digitales de los contratos de servicios con la Empresa de Medicina Prepaga:

- a) Nombre y apellido del Asegurado Titular y de los Asegurados Adherentes.
- b) Número de documento de identidad del Asegurado Titular y de los Asegurados Adherentes.
- c) Parentesco o relación con el Titular del Asegurado Adherente
- d) Fecha de nacimiento del Asegurado Titular y de los Asegurados Adherentes.
- e) Estado civil de cada Asegurado Titular y de los Asegurados Adherentes.
- f) Número de teléfono de cada Asegurado Titular y de los Asegurados Adherentes.
- g) Plan contratado con la Empresa de Medicina Prepaga y los datos de la misma.



Asimismo, de acuerdo a la política de suscripción del Asegurador, se aplicarán condiciones de asegurabilidad, las cuales podrán requerir, pero no limitarse a: Declaraciones de Salud y/o exámenes laboratoriales y médicos del Asegurado Titular y los Asegurados Adherentes.

El Tomador deberá certificar la exactitud de los datos contenidos en los formularios de los integrantes de cada grupo familiar, y proporcionar al Asegurador toda la información que éste le requiera con motivo de la aceptación del riesgo.

El Asegurador podrá exigir en cualquier momento, la comprobación de los datos mencionados.

NÚMERO MÍNIMO DE ASEGURADOS CLÁUSULA 6.

Es condición expresa para que esta Póliza entre en vigor y mantenga su vigencia, que el número de grupos compuestos por Asegurados Titulares y Asegurados Adherentes no sea inferior a diez (10). Si en determinado momento no se cumpliera esta condición, el presente contrato caducará automáticamente según lo establecido en el inc. c) de la Cláusula 12 de estas Condiciones Particulares Específicas.

INICIO DE VIGENCIA DEL SEGURO CLÁUSULA 7.

El seguro para cada Asegurado Titular y sus Asegurados Adherentes entrará en vigor en forma posterior a una de estas dos fechas:

- a) De inicio de la vigencia de esta póliza.
- b) De comunicación por parte del Tomador al Asegurador sobre la inclusión de los Asegurados Titulares y Asegurados Adherentes en la nómina de los grupos.

CERTIFICADOS INDIVIDUALES DE COBERTURA CLÁUSULA 8.

Cuando el Asegurado Titular o el Tomador requieran del otorgamiento de un Certificado Individual de Cobertura sobre un determinado Asegurado Titular y su grupo de adherentes, cualquiera de los dos lo solicitará por escrito al Asegurador indicando el nombre del Asegurado Titular o Adherente y su código incluido en el Certificado Individual de Cobertura otorgado al momento de contratar el seguro. En el Certificado Individual de Cobertura constarán la fecha de entrada en vigor y vencimiento de la póliza contratada, las coberturas, las sumas aseguradas por cada grupo y/o suma máxima global, los datos completos del Asegurado Titular y el detalle de los componentes de sus Asegurados Adherentes componentes del grupo, así como los derechos y obligaciones del Asegurado Titular, del Tomador y del Asegurador respecto del seguro contratado.

Pa



**ÁMBITO GEOGRÁFICO
CLÁUSULA 9.**

La cobertura por exceso de gastos médicos será dada por servicios médicos, sanatoriales y de diagnósticos prestados en territorio paraguayo por prestadores de servicio o por Empresas de Medicina Prepaga.

**PLAZO DE GRACIA - CADUCIDAD DEL CONTRATO
CLÁUSULA 10.**

El Asegurador concede al Contratante y/o Tomador de la Póliza un plazo de gracia de treinta (30) días para el pago de la prima, el cual se contará desde: (a) la fecha de entrega de la póliza para el pago de la primera cuota de la prima o de la prima única; o (b) la fecha de vencimiento para el pago de la cuota de la prima en caso de prima; o (c) de aplicar, la fecha de inicio de vigencia de la cobertura del instrumento provisional de cobertura. Vencido dicho plazo sin haber recibido el pago, el Asegurador podrá comunicar al Tomador su intención de rescindir. Dicha comunicación deberá ser realizada por carta certificada o telegrama colacionado, con treinta (30) días de anticipación a la fecha de rescisión efectiva.

Una vez vencido el plazo de gracia, se entenderá a todo efecto, que la vigencia de la Póliza no ha sufrido interrupción en su continuidad, si el Tomador hubiere pagado la prima dentro de dicho plazo o al vencimiento del mismo.

En caso de rescisión corresponde al Asegurador la prima por el periodo en curso al tiempo en que conoció el incumplimiento de la obligación o carga.

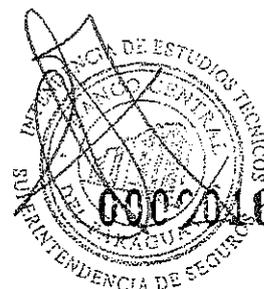
**MODIFICACION DE LA POLIZA
CLÁUSULA 11.**

Cualquier modificación o alteración de esta póliza que introduzca el Tomador sin conocimiento del Asegurador, se considerará nula y sin ningún valor.

**TÉRMINO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO
CLÁUSULA 12.**

La vigencia del seguro terminará automáticamente al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

- a) Terminación de la póliza madre;
- b) Cuando el Tomador comunica al Asegurador la baja del grupo compuesto por el Asegurado Titular y los Asegurados Adherentes (en caso que lo hubiese);
- c) Cuando la nómina de los Asegurados Titulares y Asegurados Adherentes esté compuesta por menos de diez (10) grupos.



- d) La finalización del plazo de gracia correspondiente a una prima no pagada, si hubiere comunicación expresa de cancelación por parte del Asegurador.

DENUNCIA DEL SINIESTRO

CLÁUSULA 13.

El Asegurado Titular o los Asegurados Adherentes deberán prestar al Asegurador todos los documentos requeridos para comunicar la ocurrencia del siniestro ni bien tengan conocimiento de que el evento pueda exceder o excedió los límites del plan contratado con la Empresa de Medicina Prepaga. Dicha comunicación deberá realizarse dentro del plazo común de tres (3) días computados a partir de la fecha en que se tomó conocimiento del suceso. El plazo empezará a correr desde el momento en que cualquiera de ellos (Asegurado Titular o Adherentes) tomaron conocimiento de tal suceso.

Junto con la comunicación del siniestro, se deberán acompañar las documentaciones pertinentes y probatorias de todos aquellos gastos de prestación médica, sanatorial o de diagnóstico del Asegurado Titular o de los Asegurados Adherentes y que excedan los costos de las coberturas médicas establecidas en el contrato suscrito con la Empresa de Medicina Prepaga.

PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

CLÁUSULA 14.

Para el pago de la indemnización se procederá de la siguiente forma:

- Internación hospitalaria, clínica y/o procedimientos quirúrgicos: una vez verificado el siniestro y aceptadas las documentaciones probatorias que se acompañan con la comunicación, el Asegurador procederá a cubrir la deuda pendiente del Asegurado Titular o de los Asegurados Adherentes con la prestadora del servicio o con la Empresa de Medicina Prepaga, de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares.
- Prestaciones médicas ambulatorias: el Asegurador cubrirá por sistema de reembolso los excesos de gastos por prestaciones médicas ambulatorias (consultas, procedimientos, estudios, tratamientos) en que haya incurrido el Asegurado Titular o cualquiera de los Asegurados Adherentes, previa presentación a través del Tomador de las facturas legales correspondientes.
- Prótesis, ortesis, aparatos ortopédicos, materiales de osteosíntesis, dispositivos intracardíacos, dispositivos neurológicos: el Asegurador autorizará la provisión de estos dispositivos a través de las empresas proveedoras de los mismos en un plazo no mayor de cinco (5) días para los casos ambulatorios y en forma inmediata cuando se tratare de Asegurados Titulares o Adherentes internados y en casos de urgencia.



El pago de la indemnización se hará dentro de los quince (15) días de notificado el siniestro, o de acompañada la información complementaria prevista para efectuarse la denuncia del siniestro (Art. 1591 C.C.).

INDEMNIDAD

CLÁUSULA 15.

El Tomador, el Asegurado Titular y los Asegurados Adherentes se comprometen a mantener al Asegurador indemne por todos los actos u omisiones de los prestadores de servicios que pudieran dar lugar a reclamos contra el Asegurador. El Asegurador no tendrá responsabilidad por actos u omisiones de terceros que provoquen daño, limitándose su prestación únicamente a los casos y dentro de los límites establecidos en las Condiciones Particulares.

DUPLICADO DE POLIZA

CLÁUSULA 16.

En caso de extravío, robo o destrucción de esta póliza, el Tomador podrá solicitar al Asegurador, por escrito, un duplicado del contrato, explicando los motivos por los cuales ha desaparecido la póliza original. Una vez emitido el duplicado de la póliza, el ejemplar original perderá todo valor.

NOTIFICACIONES Y DOMICILIOS

CLÁUSULA 17.

Todas las notificaciones entre Asegurador, Tomador y/o Asegurado Titular de esta póliza se dirigirán a los respectivos domicilios consignados en las Condiciones Particulares de la póliza, o a los que posteriormente se declaren.

PRESCRIPCION

CLÁUSULA 18.

Las acciones fundadas en el presente contrato prescriben en el plazo de un (1) año, computado desde que la correspondiente obligación es exigible (Art. 666 C.C.).

ERRORES ADMINISTRATIVOS

CLÁUSULA 19.

Los errores administrativos que puedan producirse en los registros de este seguro, no invalidarán un seguro en vigor ni continuarán uno ya terminado. Descubierto el error, se hará el reajuste correspondiente.

Pin



**DEBER DE CONFIDENCIALIDAD
CLÁUSULA 20.**

Las partes acuerdan que la información proporcionada en virtud de la presente póliza permanecerá en poder del Asegurador, el que se compromete a mantenerla en resguardo observando estricta confidencialidad sobre el contenido de la misma, no pudiendo informar, develar o facilitar su contenido, ni siquiera en forma parcial.

El Asegurador podrá brindar a la Superintendencia de Seguros la información que esta le requiera por escrito sobre los datos contenidos en las declaraciones efectuadas por el Tomador y/o el Asegurado Titular.

Cuando el Asegurador sea requerido por un juez o fiscal a brindar información sobre determinada acción realizada por el Tomador o por el Asegurado Titular o el Asegurado Adherente, y que sea conocida o debiera ser conocida por el Asegurador, éste comunicará al Tomador para que le indique el código de dicho Asegurado Titular o Adherente, contenido en el Certificado Individual de Cobertura para su posterior información al Juzgado o Fiscalía requirente.

**TARIFARIO DE PERIODO CORTO
CLÁUSULA 21.**

Si el Asegurado opta por la rescisión del contrato, el Asegurador tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido según las siguientes tarifas de corto plazo (Art. 1.562 C.C.).

Cuando se contraten seguros por un término menor al de un año (corto plazo), se establecerá la prima de acuerdo con la siguiente Tabla (porcentaje sobre la prima anual):

TABLA DE PERIODO CORTO

Días	%										
1	15,20	62	29,40	123	43,60	184	57,90	245	72,10	306	86,30
2	15,50	63	29,70	124	43,90	185	58,10	246	72,30	307	86,50
3	15,70	64	29,90	125	44,10	186	58,30	247	72,50	308	86,70
4	15,90	65	30,10	126	44,30	187	58,60	248	72,80	309	87,00
5	16,20	66	30,40	127	44,60	188	58,80	249	73,00	310	87,20
6	16,40	67	30,60	128	44,80	189	59,00	250	73,20	311	87,40
7	16,40	68	30,80	129	45,00	190	59*,3	251	73,50	312	87,70
8	16,90	69	31,10	130	45,30	191	59,50	252	73,70	313	87,90
9	17,10	70	31,30	131	45,50	192	59,70	253	73,90	314	88,10
10	17,30	71	31,50	132	45,70	193	59,90	254	74,20	315	88,40



Días	%										
11	17,60	72	31,80	133	46,00	194	60,20	255	74,40	316	88,60
12	17,80	73	32,00	134	46,20	195	60,40	256	74,60	317	88,80
13	18,00	74	32,20	135	46,40	196	60,60	257	74,90	318	89,10
14	18,30	75	32,50	136	46,70	197	60,90	258	75,10	319	89,30
15	18,50	76	32,70	137	46,90	198	61,10	259	75,30	320	89,50
16	18,70	77	32,90	138	47,10	199	61,30	260	75,60	321	89,80
17	19,00	78	33,20	139	47,40	200	61,60	261	75,80	322	90,00
18	19,20	79	33,40	140	47,60	201	61,80	262	76,00	323	90,20
19	19,40	80	33,60	141	47,80	202	62,00	263	76,30	324	90,50
20	19,70	81	33,90	142	48,10	203	62,30	264	76,50	325	90,70
21	19,90	82	34,10	143	48,30	204	62,50	265	76,70	326	90,90
22	20,10	83	34,30	144	48,50	205	62,70	266	77,00	327	91,20
23	20,40	84	34,60	145	48,80	206	63,00	267	77,20	328	91,40
24	20,60	85	34,80	146	49,00	207	63,20	268	77,40	329	91,60
25	20,80	86	35,00	147	49,20	208	63,40	269	77,70	330	91,90
26	21,10	87	35,30	148	49,50	209	63,70	270	77,90	331	92,10
27	21,30	88	35,50	149	49,70	210	63,90	271	78,10	332	92,30
28	21,50	89	35,70	150	49,90	211	64,10	272	78,30	333	92,60
29	21,80	90	36,00	151	50,20	212	64,40	273	78,60	334	92,80
30	22,00	91	36,20	152	50,40	213	64,60	274	78,80	335	93,00
31	22,20	92	36,40	153	50,60	214	64,80	275	79,00	336	93,30
32	22,50	93	36,70	154	50,90	215	65,10	276	79,30	337	93,50
33	22,70	94	36,90	155	51,10	216	65,30	277	79,50	338	93,70
34	22,90	95	37,10	156	51,30	217	65,50	278	79,70	339	94,00
35	23,20	96	37,40	157	51,60	218	65,80	279	80,00	340	94,20
36	23,40	97	37,60	158	51,80	219	66,00	280	80,20	341	94,40
37	23,60	98	37,80	159	52,00	220	66,20	281	80,40	342	94,70
38	23,90	99	38,10	160	52,30	221	66,50	282	80,70	343	94,90
39	24,10	100	38,30	161	52,50	222	66,70	283	80,90	344	95,10
40	24,30	101	38,50	162	52,70	223	66,90	284	81,10	345	95,40
41	24,50	102	38,80	163	53,00	224	67,20	285	81,40	346	95,60
42	24,80	103	39,00	164	53,20	225	67,40	286	81,60	347	95,80
43	25,00	104	39,20	165	53,40	226	67,60	287	81,80	348	96,00
44	25,20	105	39,50	166	53,70	227	67,90	288	82,10	349	96,30
45	25,50	106	39,70	167	53,90	228	68,10	289	82,30	350	96,50
46	25,70	107	39,90	168	54,10	229	68,30	290	82,50	351	96,70
47	25,90	108	40,20	169	54,40	230	68,60	291	82,80	352	97,00
48	26,20	109	40,40	170	54,60	231	68,80	292	83,00	353	97,20
49	26,40	110	40,60	171	54,80	232	69,00	293	83,20	354	97,40
50	26,60	111	40,90	172	55,10	233	69,30	294	83,50	355	97,70



Días	%										
51	26,90	112	41,10	173	55,30	234	69,50	295	83,70	356	97,90
52	27,10	113	41,30	174	55,50	235	69,70	296	83,90	357	98,10
53	27,30	114	41,60	175	55,80	236	70,00	297	84,20	358	98,40
54	27,60	115	41,80	176	56,00	237	70,20	298	84,40	359	98,60
55	27,80	116	42,00	177	56,20	238	70,40	299	84,60	360	98,80
56	28,00	117	42,20	178	56,50	239	70,70	300	84,90	361	99,10
57	28,30	118	42,50	179	56,70	240	70,90	301	85,10	362	99,30
58	28,50	119	42,70	180	56,90	241	71,10	302	85,30	363	99,50
59	28,70	120	42,90	181	57,20	242	71,40	303	85,60	364	99,80
60	29,00	121	43,20	182	57,40	243	71,60	304	85,80	365	100,00
61	29,20	122	43,40	183	57,60	244	71,80	305	86,00		

“RUMBOS S.A. DE SEGUROS”

Adriana Larreinegabe B.
Adriana Larreinegabe B.
 Vicepresidenta

“RUMBOS S.A. DE SEGUROS”

Christian Larreinegabe Benza
Christian Larreinegabe Benza
 Director Ejecutivo

Sally Romero

Sally Romero
 Abogada
 Mat. C.S.J. N° 41.345

Denominación del Plan: SEGURO DE GASTOS MEDICOS MAYORES.



Pág. 20

CONDICIONES PARTICULARES – CARATULA

RUMBOS S.A. DE SEGUROS

Estrella 851

Tel. 449-488

www.rumbos.com.py

CONDICIONES PARTICULARES
SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

PÓLIZA N°		SECCIÓN / MODALIDAD	PLAN
TOMADOR			C.I. / RUC
DOMICILIO			TELEFONO
VIGENCIA	Desde las 12:00 hs de		PLAZO EN DIAS
	Hasta las 12:00 hs de		
LUGAR Y FECHA DE EMISION			

Entre "RUMBOS S.A. DE SEGUROS", en adelante el "Asegurador" sito en Estrella 851, y quien precedentemente se designa con el nombre de "Tomador", conforme la solicitud por él presentada, celebran un Contrato de Seguros, sujeto a las Condiciones Particulares, Condiciones Particulares Especificas, Condiciones Generales Comunes, convenidas y aceptadas para ser ejecutadas de buena fe y que anexan a la presente póliza formando parte integrante de la misma.

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:

"RUMBOS S.A. DE SEGUROS"

Christian Larreinigabe Benza
Director Ejecutivo

"RUMBOS S.A. DE SEGUROS"

110



DEL OBJETO DEL SEGURO

En virtud de la presente póliza, el Asegurador cubrirá aquellos gastos por prestación de servicios médicos, sanatoriales y de diagnóstico necesarios, que superen los límites de las coberturas establecidas como franquicia y/o en el contrato suscripto con la Empresa de Medicina Prepaga dentro de los límites establecidos en las Condiciones Particulares, los cuales deban ser abonados por el Asegurado Titular o por los Asegurados Adherentes, comprendiendo, entre otras, las siguientes prestaciones utilizadas por el Asegurado Titular y/o por los Asegurados Adherentes: consultas, procedimientos ambulatorios, estudios de diagnóstico, tratamientos e internaciones por eventos clínicos, quirúrgicos, terapia intensiva o tratamientos de alta complejidad, y de cualquier otra prestación médica contemplada en el contrato de prestación de servicios con la Empresa de Medicina Prepaga. Se incluyen además medicamentos y descartables. Así también, la póliza cubrirá la diferencia del arancel no cubierto por la Empresa de Medicina Prepaga en los casos que el Asegurado Beneficiario tenga excesos de gastos médicos por servicios arancelados.

COBERTURAS / SUMAS MÁXIMAS INDEMNIZABLES

- *Hasta Gs. xxxx (xxx de guaraníes), por titular y adherentes por año de contrato (por cada 12 meses), las fisioterapias a domicilio. Este servicio tendrá esta cobertura excepcional, solamente para casos debidamente justificados en el diagnóstico médico respectivo, y solamente para Asegurados imposibilitados por su condición clínica de trasladarse al centro de fisioterapia ambulatorio, a ser verificado, en las condiciones determinadas en las disposiciones legales por la Empresa Aseguradora y la Empresa que brinda el seguro Médico Sanatorial. Asimismo, se dispondrá de esta cobertura para gastos de traslado en ambulancia, en caso de que el Asegurado, por su condición clínica esté imposibilitado de trasladarse en vehículo hasta los Centros de Rehabilitación.*
- *Hasta XXXX (XXXX guaraníes), por titular y adherentes por año de contrato (por cada 12 meses) para internaciones por patologías psiquiátricas crónicas declaradas en fase aguda que incluyen estudios de diagnóstico, honorarios profesionales, medicamentos y materiales descartables.*
- *Hasta XXXX (XXX de guaraníes): Son parte de esta cobertura los siguientes materiales cardiológicos: Resincronizador Cardíaco, Desfibrilador Cardíaco Unicameral, Desfibrilador Cardíaco Bicameral, Desfibrilador Cardíaco Tricameral, Cierre percutáneo de Foramen Oval Permeable (Amplatz PFO), Cierre percutáneo de Comunicación Inter-Auricular, Cierre percutáneo de Orejuela izquierda, Cierre percutáneo de Comunicación Inter-Ventricular y otros Dispositivos Neurológicos no contemplados en el Anexo de Alta complejidad del Contrato de Medicina Prepaga vigente por año de contrato (por cada 12 meses)*
- *Hasta Gs. XXXX (XXX de guaraníes): por titular y adherentes por año de contrato (por cada 12 meses) (a partir de la firma del contrato) para coberturas de los montos por medicamentos, materiales descartables, Dieta del paciente sea esta oral, enteral y/o parenteral y aquellos que superen los costos de la cobertura médica establecida en el Contrato de Medicina Prepaga vigente, donde el asegurado titular deba asumir la diferencia de costo.*
- *Hasta Gs. XXX (XXX millones) para consultas ambulatorias con profesionales/especialistas que no figuran en la guía médica del Seguro Médico*



Sanatorial, medios auxiliares de diagnóstico, como ser los de medicina por imágenes y servicios laboratoriales no contemplados por la Prepaga. Además, el costo por traslados en ambulancia para los casos que no cuenten con cobertura en el Contrato de Medicina Prepaga. Todo esto considerado por titular y grupo familiar por año de contrato (por cada 12 meses) a partir de la firma del contrato.

- Cobertura de hasta XXXX (XXXX de guaraníes), por titular y adherentes por año de contrato (por cada 12 meses), para aquellos servicios (Cirugías, tratamientos, procedimientos, materiales, estudios, diagnósticos, etc.) que no son cubiertos por el contrato de medicina pre-paga. Se detallan a continuación:

- a) Lentes intraoculares (LIO), prótesis, ortesis, aparatos ortopédicos y materiales de osteosíntesis,
- b) Análisis laboratoriales y de medicina por imágenes (incluyendo sustancias de contraste y descartables) NO contemplados en el Contrato de Medicina Prepaga,
- c) Cirugía estética no reparadora,
- d) Cirugías Bariátricas- metabólicas,
- e) Estudios y tratamiento médico-quirúrgico con fines de esterilidad o de procreación (incluida la fertilización asistida y sus productos),
- f) Diálisis peritoneal, hemodiálisis en los casos crónicos, formolizaciones,
- g) Lipoaspiración,
- h) Complicaciones y secuelas de quimioterapia y radioterapia,
- i) Diagnóstico neurofisiológico de la impotencia sexual masculina y técnica de fertilización asistida y,
- j) Trasplantes de órganos.

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

Forman parte integrante de la presente póliza, las siguientes Coberturas Adicionales, Anexos y Endosos: _____

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 segúnh) 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.rumbos.com.py...{información a completar}

Agente: _____ Matricula: _____

Tel: _____ Dirección: _____

Aplican a todas las pólizas de seguros los siguientes artículos del Código Civil: 666, 1574, 1575, 1577, 1579, 1580, 1581, 1582, 1583, 1584, 1589, 1590, 1591, 1592, 1593, 1594, 1595 y 1597.

Aplican a esta Póliza los siguientes artículos del Código Civil sobre seguros patrimoniales 1601, 1604, 1605, 1606, 1607, 1609, 1610, 1611, 1612, 1613, 1614 y 1615.



ENDOSO N°1

MODO DE COBERTURA

Contrariamente a lo establecido en la cláusula 2 de las Condiciones Particulares Específicas, queda establecido que el modo de cobertura es base reclamo.

"RUMBOS S.A. DE SEGUROS"


Adriana Larreinegaba B.
Vicepresidenta

"RUMBOS S.A. DE SEGUROS"


Christian Larreinegaba Benza
Director Ejecutivo



Sally Romero
Abogada
Mat. C.S.J. N° 41.345



ENDOSO N°2

AMPLIACIÓN DE COBERTURA

Contrariamente a lo establecido en la cláusula 4 de las Condiciones Particulares Específicas, quedan incluidos en la cobertura de este contrato los gastos que correspondan a la recuperación de la salud, así mismo, los tratamientos, procedimientos y patologías que se citan a continuación y fueran excluidas en forma total en el contrato suscripto con la Empresa de Medicina Prepaga :

- a) Citar...
- b) Citar...

"RUMBOS S.A. DE SEGUROS"


Adriana Larreñegabe B.
Vicepresidenta

"RUMBOS S.A. DE SEGUROS"


Christian Larreñegabe Beza
Director Ejecutivo



Sally Romero
Abogada
Mat. C.S.J. N° 41.345



ENDOSO N°3

COBERTURA INTERNACIONAL

Asimismo, contrariamente a lo establecido en la cláusula 9 de las Condiciones Particulares Específicas, se otorgan coberturas para reembolsos por prestaciones médicas internacionales, con fines exclusivos de salud, y siempre dentro de los límites de las sumas máximas indemnizables previstas en las Condiciones Particulares.

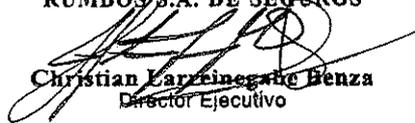
Quedan excluidos de la cobertura internacional todos los servicios que no cuenten con cobertura según el contrato de servicios suscripto con la Empresa de Medicina Prepaga.

Los gastos por prestaciones médicas fuera del territorio nacional serán cubiertos por sistema de reembolso con la presentación de las facturas correspondientes al Tomador, el cual remitirá la solicitud de reembolso al Asegurador, debiendo éste reembolsar en un plazo no mayor de quince (15) días a partir de la comunicación del siniestro.

"RUMBOS S.A. DE SEGUROS"


Adriana Larreinigabé B.
Vicepresidenta

"RUMBOS S.A. DE SEGUROS"


Christian Larreinigabé Benza
Director Ejecutivo


Sally Romero
Abogada
Mat. C.S.J. N° 41.345

Denominación del Plan: SEGURO DE GASTOS MEDICOS MAYORES.



Pág. 27

3. Modelo de Certificado Individual

RUMBOS S.A. DE SEGUROS

Estrella 851

Tel. 449-488

www.rumbos.com.py

SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES CERTIFICADO INDIVIDUAL N°: _____

PÓLIZA N°		SECCIÓN / MODALIDAD	PLAN
TOMADOR			C.I. / RUC
DOMICILIO			TELEFONO
VIGENCIA	Desde las 12:00 hs de		PLAZO EN DIAS
	Hasta las 12:00 hs de		
LUGAR Y FECHA DE EMISION			

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:

Datos de los Asegurados

Nombre y Apellido	N° Documento	Fecha Nacimiento	Estado Civil	N° Teléfono	Especificar: 1-Titular; 2-Adherente

Entre "RUMBOS S.A. DE SEGUROS", en adelante el "Asegurador" sito Estrella 851, y quien precedentemente se designa con el nombre de Contratante y/o Tomador, conforme la



solicitud por él presentada, celebran un Contrato de Seguros, sujeto a las Condiciones Particulares, Condiciones Particulares Especificas, Condiciones Generales Comunes, convenidas y aceptadas para ser ejecutadas de buena fe y que se anexan a la póliza madre, formando parte integrante de la misma.

Por el presente Certificado Individual, "RUMBOS S.A. DE SEGUROS.", reconoce que _____ y su Grupo, se encuentra comprendido a partir del día de la vigencia indicada más arriba, en el SEGURO DE SALUD –GASTOS MÉDICOS MAYORES contratado por

Datos de los Asegurados Beneficiarios

Nombre y Apellido	N° Documento	Fecha Nacimiento	Estado Civil	N° Teléfono	Especificar: 1-Titular; 2-Adherente

OBJETO DEL SEGURO

En virtud de la presente póliza, el Asegurador cubrirá aquellos gastos por prestación de servicios médicos, sanatoriales y de diagnóstico necesarios, que superen los límites de las coberturas establecidas como franquicia y/o en el contrato suscripto con la Empresa de Medicina Prepaga dentro de los límites establecidos en las Condiciones Particulares, los cuales deban ser abonados por el Asegurado Titular o por los Asegurados Adherentes, comprendiendo, entre otras, las siguientes prestaciones utilizadas por el Asegurado Titular y/o por los Asegurados Adherentes: consultas, procedimientos ambulatorios, estudios de diagnóstico, tratamientos e internaciones por eventos clínicos, quirúrgicos, terapia intensiva o tratamientos de alta complejidad, y de cualquier otra prestación médica contemplada en el contrato de prestación de servicios con la Empresa de Medicina Prepaga. Se incluyen además medicamentos y descartables. Así también, la póliza cubrirá la diferencia del arancel no cubierto por la Empresa de Medicina Prepaga en los casos que el Asegurado Beneficiario tenga excesos de gastos médicos por servicios arancelados.

COBERTURAS / SUMAS MÁXIMAS INDEMNIZABLES

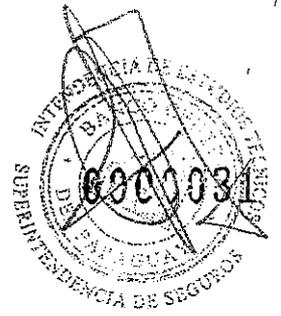
- Hasta Gs. xxxx (xxx de guaraníes), por titular y adherentes por año de contrato (por cada 12 meses), las fisioterapias a domicilio. Este servicio tendrá esta cobertura excepcional, solamente para casos debidamente justificados en el diagnóstico médico respectivo, y solamente para Asegurados imposibilitados por su condición clínica de trasladarse al centro de fisioterapia ambulatorio, a ser verificado, en las condiciones determinadas en las disposiciones legales por la Empresa Aseguradora y la Empresa que brinda el seguro Médico Sanatorial. Asimismo, se dispondrá de esta cobertura para gastos de traslado en ambulancia, en caso de que el Asegurado, por su condición clínica esté imposibilitado de trasladarse en vehículo hasta los Centros de Rehabilitación.



- Hasta XXXX (XXXX guaraníes), por titular y adherentes por año de contrato (por cada 12 meses) para internaciones por patologías psiquiátricas crónicas declaradas en fase aguda que incluyen estudios de diagnóstico, honorarios profesionales, medicamentos y materiales descartables.
- Hasta XXXX (XXX de guaraníes): Son parte de esta cobertura los siguientes materiales cardiológicos: Resincronizador Cardíaco, Desfibrilador Cardíaco Unicameral, Desfibrilador Cardíaco Bicameral, Desfibrilador Cardíaco Tricameral, Cierre percutáneo de Foramen Oval Permeable (Amplatzer PFO), Cierre percutáneo de Comunicación Inter-Auricular, Cierre percutáneo de Orejuela izquierda, Cierre percutáneo de Comunicación Inter- Ventricular y otros Dispositivos Neurológicos no contemplados en el Anexo de Alta complejidad del Contrato de Medicina Prepaga vigente por año de contrato (por cada 12 meses)
- Hasta Gs. XXXX (XXX de guaraníes): por titular y adherentes por año de contrato (por cada 12 meses) (a partir de la firma del contrato) para coberturas de los montos por medicamentos, materiales descartables, Dieta del paciente sea esta oral, enteral y/o parenteral y aquellos que superen los costos de la cobertura médica establecida en el Contrato de Medicina Prepaga vigente, donde el asegurado titular deba asumir la diferencia de costo.
- Hasta Gs. XXX (XXX millones) para consultas ambulatorias con profesionales/especialistas que no figuran en la guía médica del Seguro Médico Sanatorial, medios auxiliares de diagnóstico, como ser los de medicina por imágenes y servicios laboratoriales no contemplados por la Prepaga. Además, el costo por traslados en ambulancia para los casos que no cuenten con cobertura en el Contrato de Medicina Prepaga. Todo esto considerado por titular y grupo familiar por año de contrato (por cada 12 meses) a partir de la firma del contrato.
- Cobertura de hasta XXXX (XXXX de guaraníes), por titular y adherentes por año de contrato (por cada 12 meses), para aquellos servicios (Cirugías, tratamientos, procedimientos, materiales, estudios, diagnósticos, etc.) que no son cubiertos por el contrato de medicina pre-paga. Se detallan a continuación:
 - k) Lentes intraoculares (LIO), prótesis, ortesis, aparatos ortopédicos y materiales de osteosíntesis,
 - l) Análisis laboratoriales y de medicina por imágenes (incluyendo sustancias de contraste y descartables) NO contemplados en el Contrato de Medicina Prepaga,
 - m) Cirugía estética no reparadora,
 - n) Cirugías Bariátricas- metabólicas,
 - o) Estudios y tratamiento médico-quirúrgico con fines de esterilidad o de procreación (incluida la fertilización asistida y sus productos),
 - p) Diálisis peritoneal, hemodiálisis en los casos crónicos, formolizaciones,
 - q) Lipoaspiración,
 - r) Complicaciones y secuelas de quimioterapia y radioterapia,
 - s) Diagnóstico neurofisiológico de la impotencia sexual masculina y técnica de fertilización asistida y,
 - t) Trasplantes de órganos.

DENUNCIA DEL SINIESTRO / PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

El Asegurado Titular o los Asegurados Adherentes deberán prestar al Asegurador todos los documentos requeridos para comunicar la ocurrencia del siniestro ni bien tengan



conocimiento de que el evento pueda exceder o excedió los límites del plan contratado con la Empresa de Medicina Prepaga. Dicha comunicación deberá realizarse dentro del plazo común de tres (3) días computados a partir de la fecha en que se tomó conocimiento del suceso. El plazo empezará a correr desde el momento en que cualquiera de ellos (Asegurado Titular o Beneficiarios) tomaron conocimiento de tal suceso.

Junto con la comunicación del siniestro, se deberán acompañar las documentaciones pertinentes y probatorias de todos aquellos gastos de prestación médica, sanatorial o de diagnóstico del Asegurado Titular o de los Asegurados Adherentes y que excedan los costos de las coberturas médicas establecidas en el contrato suscrito con la Empresa de Medicina Prepaga.

Para el pago de la indemnización se procederá de la siguiente forma:

- Internación hospitalaria, clínica y/o procedimientos quirúrgicos: una vez verificado el siniestro y aceptadas las documentaciones probatorias que se acompañan con la comunicación, el Asegurador procederá a cubrir la deuda pendiente del Asegurado Titular o de los Asegurados Adherentes con la prestadora del servicio o con la Empresa de Medicina Prepaga, de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares.
- Prestaciones médicas ambulatorias: el Asegurador cubrirá por sistema de reembolso los excesos de gastos por prestaciones médicas ambulatorias (consultas, procedimientos, estudios, tratamientos) en que haya incurrido el Asegurado Titular o cualquiera de los Asegurados Adherentes, previa presentación a través del Tomador de las facturas legales correspondientes.
- Prótesis, ortesis, aparatos ortopédicos, materiales de osteosíntesis, dispositivos intracardíacos, dispositivos neurológicos: el Asegurador autorizará la provisión de estos dispositivos a través de las empresas proveedoras de los mismos en un plazo no mayor de cinco (5) días para los casos ambulatorios y en forma inmediata cuando se tratare de Asegurados Titulares o Adherentes internados y en casos de urgencia.

El pago de la indemnización se hará dentro de los quince (15) días de notificado el siniestro, o de acompañada la información complementaria prevista para efectuarse la denuncia del siniestro (Art. 1591 C.C.).

ÁMBITO GEOGRÁFICO

La cobertura por exceso de gastos médicos será dada por servicios médicos, sanatoriales y de diagnósticos prestados en territorio paraguayo por prestadores de servicio o por Empresas de Medicina Prepaga.

INDEMNIDAD



El Tomador y el Asegurado Titular se comprometen a mantener al Asegurador indemne por todos los actos u omisiones de los prestadores de servicios que pudieran dar lugar a reclamos contra el Asegurador. El Asegurador no tendrá responsabilidad por actos u omisiones de terceros que provoquen daño, limitándose su prestación únicamente a los casos y dentro de los límites establecidos en las Condiciones Particulares.

Para conocer las Condiciones Particulares Específicas y las Condiciones Generales Comunes de la presente póliza, puede acceder a la página web: www.rumbos.com.py/
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.

El ASEGURADOR adquiere las obligaciones que le corresponden en consideración a las declaraciones del Contratante y/o Tomador, que constan en las Solicitudes Individuales de Incorporación al Seguro, conforme al pago de las primas que se detallan en éstas Condiciones Particulares y de acuerdo a las disposiciones legales contractuales que rigen en la materia.

En fe de lo cual se expide el presente Certificado en la ciudad de Asunción el día.....del mes de.....de.....

"RUMBOS S.A. DE SEGUROS"


Adriana Larreinogabe B.
Vicepresidenta

"RUMBOS S.A. DE SEGUROS"


Christian Larreinogabe Benza
Director Ejecutivo


Sally Romero
Abogada
Mat. C.S.J. N° 41.345