



COMPANHIA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A.

Central: Cerro Corá N° 1031 - Edif. EL SOL 1 Piso - Telefax: 491 037/8 - 491 110 - 210 638 - 210 604 - Agencia Encarnación: Mcal. Estigarribia N° 1607 - Telefax: (071) 204 510
Agencia Concepción: Brasil esq. Yegros - Telefax: (031) 40 994 - Agencia Ciudad del Este: 29 de Setiembre N° 473 - Telefax: (061) 513 952 - Agencia Itá: Gral. Díaz N° 1612 c/ C. A. López
Telefax: (024) 32902 - Sub-Agencia Km5 Ciudad del Este: Ruta Internacional N° 7 Km 5 - Edificio Jumar - Telefax: (061) 571 402
e-mail: elsol@elsol.com.py - www.elsol.com.py

SEGURO DE SALUD GRUPAL

CONDICIONES PARTICULARES ESPECIFICAS

OBJETO DEL SEGURO

Cláusula 1ª.- La presente Póliza garantiza al Asegurado y familiares incluidos en la cobertura, cuyo Titular forme parte de un Grupo empresarial, social, político, religioso, económico, deportivo o cultural, ya sea como empleado, funcionario, socio, afiliado, miembro, dirigente o directivo, la prestación del servicio de salud, conforme al Plan elegido por el Contratante en la Propuesta firmada por el mismo y las firmadas por cada uno de los integrantes del Grupo, incluyendo la atención preventiva del riesgo de salud de los mismos tendiente a alcanzar el bienestar físico, psíquico y social de las personas Aseguradas.

PERSONA ASEGURADA

Cláusula 2ª.- El Contratante contrata la Póliza para cubrir a cada uno de los integrantes del Grupo y familiares de los mismos incluidos en la cobertura, que tengan el carácter establecido en la Cláusula 1ª, conforme a la Propuesta firmada por el Contratante en el que establecerá el Plan contratado, siempre que éste se haya comprometido al pago del premio resultante, en la forma convenida, y aprobada la Propuesta por la Aseguradora.

LA PROPUESTA

Cláusula 3ª.- La Propuesta firmada por el Contratante es la declaración de voluntad del mismo y una vez aprobada por la Aseguradora, formará parte de la Póliza. La misma se adjuntará con la declaración jurada de cada uno de los Asegurados integrantes del Grupo contratante, en el que manifiestan su estado de salud y de los familiares que incluye en la cobertura, aceptando someterse ellos y sus familiares incluidos, a la inspección previa y a la revisión médica que le exige la Aseguradora.

REQUISITOS

Cláusula 4ª.- Junto a la Propuesta de seguro, se adjuntarán, además, fotocopia de la Cédula de Identidad Civil de cada uno de los integrantes del Grupo contratante, así como fotocopia del Certificado de Matrimonio o Libreta de Familia y de la Cédula de Identidad del cónyuge, fotocopia del Certificado de Nacimiento de los hijos o Certificado de nacido vivo cuando éstos se incluyan en la cobertura; cuando se incluyan otras personas, dentro de la modalidad, fotocopia de la Cédula de Identidad de las mismas y una declaración sobre el vínculo de parentesco.

INSPECCION MEDICA PREVIA

Cláusula 5ª.- La Aseguradora al recibir la Propuesta de seguro, ordenará la inspección médica previa de cada uno de los integrantes del Grupo contratante y de las demás personas a ser aseguradas que figuren en la Propuesta y elevará a la Gerencia médica. La Póliza no entrará en vigencia, aun cuando se haya pagado el premio respectivo, sin haberse cumplido el requisito de la inspección previa.

REVISIÓN MEDICA

Cláusula 6ª.- Dentro de los 6 (seis) meses de la entrada en vigencia la Póliza, la Gerencia médica, dispondrá la realización de una revisión médica de cada uno de los integrantes del Grupo contratante, admitidos al seguro médico, en comprobación del estado de salud del Asegurado y demás personas aseguradas en su caso.

PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Cláusula 7ª.- La Aseguradora se compromete a contratar con terceros la prestación del servicio de salud, conforme al Plan de cobertura solicitado por el Contratante en la propuesta y por los riesgos cubiertos en la misma, para que estos le brinden atención médica y hospitalaria, cuando así lo requiera. La prestación del servicio quedará vigente a partir de la fecha de aceptación de la Propuesta por la Gerencia médica de la Aseguradora y será prestada en forma inmediata.

UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

Cláusula 8ª.- Los Asegurado y/o familiares utilizarán los servicios de los profesionales de la salud, Centros de Asistencia Médica y Laboratoriales con quienes la Aseguradora haya firmado contrato de prestación de servicios.

Los Asegurado y/o familiares no podrán utilizar los servicios de otros profesionales, Centros Médicos y Laboratoriales que no sean los ofrecidos en esta Póliza, por lo tanto, no reconocerá Honorario alguno de estos, en caso que los Asegurados y/o familiares utilicen sus servicios. En casos de urgencia el Asegurado utilizará los servicios establecidos en la presente Póliza y a falta de éste, el de cualquier



COMPANÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A.

Central: Cerro Corá N° 1031 - Edif. EL SOL 1 Piso - Telefax: 491 037/8 - 491 110 - 210 638 - 210 604 - Agencia Encarnación: Mcal. Estigarribia N° 1607 - Telefax: (071) 204 510
Agencia Concepción: Brasil esq. Yegros - Telefax: (031) 40 994 - Agencia Ciudad del Este: 29 de Setiembre N° 473 - Telefax: (061) 513 952 - Agencia Itá: Gral. Díaz N° 1612 c/ C. A. López
Telefax: (024) 32902 - Sub-Agencia Km5 Ciudad del Este: Ruta Internacional N° 7 Km 5 - Edificio Jumar - Telefax: (061) 571 402
e-mail: elsol@elsol.com.py - www.elsol.com.py

Centro de Salud, comunicando a la Aseguradora dentro de las 24 horas el servicio utilizado en cuyo caso la Aseguradora tendrá la facultad de disponer el traslado del paciente.

En virtud de lo establecido precedentemente, la Aseguradora entregará al Contratante y a cada Asegurado Titular, el catálogo de los profesionales médicos, Sanatorios, Centros Médicos, Laboratorios y Centros de Estudio de Diagnósticos que se hallen contratados por la Aseguradora para la prestación de los respectivos servicios por cuenta y orden de El Sol del Paraguay Cía. de Seg. y Reaseg. S. A.

Asimismo, la Aseguradora pondrá a disposición del Contratante y a cada Asegurado Titular en forma mensual el catálogo actualizado, con las altas y bajas de los profesionales contratados.

Cláusula 9ª.- La Aseguradora podrá, en cualquier momento:

- Incluir o excluir a profesionales médicos e Instituciones prestadoras de servicios, sin comunicación previa al Asegurado.
- Reglamentar los requisitos y formas de prestación de los servicios ya sea en forma general o particular.
- Revisar periódicamente la prestación del servicio contratado por el Asegurado, así como la utilización de los mismos por parte de éste.

COBERTURA CONTRATADA

Cláusula 10ª.- El Contratante contrata la cobertura de los servicios profesionales médicos, sanatoriales, laboratoriales y demás medios auxiliares de diagnóstico, correspondientes a la modalidad y plan pactados en las Condiciones Particulares para ser brindados a cada uno de los integrantes del Grupo contratante y/o familiares incluidos en la cobertura, en un todo de acuerdo a los límites, frecuencia e intensidad de la utilización de los servicios de salud incluidos en los mismos.

ALCANCE DE LAS PRESTACIONES

Cláusula 13ª.- La Aseguradora no asume responsabilidad alguna por la prestación del servicio contratado por ella y no será responsable por los daños consecuentes de la utilización de los servicios comprendidos en la presente Póliza.

La mala praxis médica, sanatorial o laboratorial no se hallan cubiertos por la presente Póliza.

La Aseguradora solo pone a disposición del Contratante los servicios de salud y no asume la responsabilidad que estos sean prestados, sin ser responsable por las consecuencias de las prestaciones, quedando a su cargo el pago del costo de los servicios prestados, dentro de los límites de las coberturas contratadas.

PAGO DEL PREMIO DE LA POLIZA

Cláusula 12ª.- El Contratante deberá pagar el premio de la presente Póliza en la forma acordada con la Aseguradora. Si lo hace en forma mensual, deberá realizarlo en el día fijado en cada mes, tendiendo una tolerancia de 5 (cinco) días para hacerlo. Vencido el plazo de tolerancia, el Asegurado incurrirá en mora automática, sin necesidad de notificación previa; el saldo en mora devengará un interés moratorio del 2% mensual, calculado hasta el día del pago.

La prestación del servicio estará vigente durante el período de gracia, pasado éste sin que se produzca el pago, se suspenderán las coberturas de la Póliza en forma automática por el mero transcurso del tiempo, sin necesidad de notificación alguna. Las coberturas se reanudarán al día siguiente del pago del saldo adeudado.

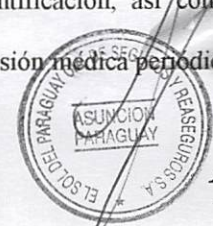
OBLIGACIONES DE CADA ASEGURADO DEL GRUPO CONTRATANTE

Cláusula 13ª.- Los Asegurados del Grupo contratante tienen las siguiente obligaciones:

- Someterse los Asegurados y familiares incluidos en la cobertura a la realización de la inspección médica previa con el médico que le asigne la Aseguradora.
- Someterse los mismos a la revisión médica dentro de los 6 (seis) meses siguientes.
- Pagar el Contratante el premio de la Póliza en la forma acordada y en los lugares de pago habilitados por la Aseguradora.
- Conservar cada Asegurado la tarjeta identificatoria de la Póliza y presentarla en todos los casos que requiera la prestación de los servicios contratados.
- Cuando la Aseguradora le solicite, presentar toda la documentación que le requiera sobre las prestaciones recibidas como diagnósticos, antecedentes clínicos, etc.
- Denunciar el extravío, pérdida o sustracción de la tarjeta de identificación, así como comunicar el cambio de domicilio, dentro de las 24 horas
- Concurrir los Asegurados y familiares incluidos en la cobertura a la revisión médica periódica que le indique la Aseguradora como servicio preventivo de salud.



1978 - 2004



Años



COMPANÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A.

Central: Cerro Corá N° 1031 - Edif. EL SOL 1 Piso - Telefax: 491 037/8 - 491 110 - 210 638 - 210 604 - Agencia Encarnación: Mcal. Estigarribia N° 1607 - Telefax: (071) 204 510
Agencia Concepción: Brasil esq. Yegros - Telefax: (031) 40 994 - Agencia Ciudad del Este: 29 de Setiembre N° 473 - Telefax: (061) 513 952 - Agencia Itá: Gral. Díaz N° 1612 c/ C. A. López
Telefax: (024) 32902 - Sub-Agencia Km5 Ciudad del Este: Ruta Internacional N° 7 Km 5 - Edificio Jumar - Telefax: (061) 571 402
e-mail: elsol@elsol.com.py - www.elsol.com.py

EXCLUSIONES ABSOLUTAS

Cláusula 14ª.- La garantía de la presente Póliza no se extiende a cubrir los gastos de asistencia médica, hospitalaria y de otra índole, cuando provengan de:

- Catástrofes naturales
- Epidemias, declaradas por el Ministerio de Salud Pública
- Radiaciones nucleares o ionizantes
- Participación en riñas, duelos, actos vandálicos o comisión de delitos
- Guerra civil o internacional, rebelión, sedición, motín, tumulto popular, guerrilla o terrorismo
- Huelga o cierre patronal (lock out)
- Alcoholismo o drogadicción
- Suicidio o su intento
- Participación en competencias deportivas de velocidad o pericia, en cualquier clase de medios, práctica de boxeo, artes marciales o jockey
- Conducir prototipos de automóviles, aviones u otro tipo de vehículo mecánico.
- Paracaidismo, aladeltismo, vuelo en planeadores o similares, montañismo o buceo
- Prótesis en ortopedia y traumatología
- Diálisis y hemodiálisis
- Prácticas médicas ilegales así como prácticas o cirugías en estado de experimentación
- Vacunas para inmunización o desensibilización

EXCLUSIONES RELATIVAS

Cláusula 15ª.- Están excluidas de la presente Póliza, salvo pacto en contrario, las siguientes prestaciones:

- Servicio de enfermería domiciliar o no
- Transplante de órganos
- Implantes o Injertos
- Alta complejidad
- Radioterapia o cobaltoterapia
- Quimioterapia u hormonoterapia
- Malformaciones, enfermedades congénitas o genéticas
- Anestesia en parto normal

RIESGOS NO CUBIERTOS

Cláusula 16ª.- Los siguientes riesgos no se hallan comprendidos dentro de la garantía de la presente Póliza; salvo pacto en contrario:

- Diagnóstico y tratamiento de infertilidad masculina o femenina
- Abortos provocados
- Tratamientos anticonceptivos y sus dispositivos
- Trastornos de la personalidad
- Lesiones o enfermedades provenientes de la práctica profesional de un deporte
- S.I.D.A. y su tratamiento
- Tratamiento de condilomas
- Internaciones por enfermedades psiquiátricas o cuadros psicóticos
- Muerte Cerebral
- Enfermedades venéreas
- Revisión médica con expedición de Certificado para su presentación en Instituciones educativas o para actividad física o práctica deportiva.

CASOS NO ATENDIBLES

Cláusula 17ª.- La presente Póliza no se extiende a cubrir, atender ni indemnizar en los siguientes casos:

- Quemaduras en mas del 15% de la superficie corporal
- Enfermedades preexistentes al contratar la Póliza, no declaradas por los Asegurados y/o Familiares incluidos en la cobertura.
- Cuando los Asegurados presten servicio en las fuerzas públicas.
- Gastos médicos originados en el tratamiento de enfermedades no cubiertas por la presente Póliza.
- Estado de gravidez no declarada en la Propuesta de seguro
- Internaciones clínicas o quirúrgicas para tratamiento de reducción de peso
- Cirugía Estética de embellecimiento
- Crisis y/o estado de mal asmático



1978 - 2004
Años



COMPañIA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A.

Central: Cerro Corá N° 1031 - Edif. EL SOL 1 Piso - Telefax: 491 037/8 - 491 110 - 210 638 - 210 604 - Agencia Encarnación: Mcal. Estigarribia N° 1607 - Telefax: (071) 204 510
Agencia Concepción: Brasil esq. Yegros - Telefax: (031) 40 994 - Agencia Ciudad del Este: 29 de Setiembre N° 473 - Telefax: (061) 513 952 - Agencia Itá: Gral. Díaz N° 1612 c/ C. A. López
Telefax: (024) 32902 - Sub-Agencia Km5 Ciudad del Este: Ruta Internacional N° 7 Km 5 - Edificio Jumar - Telefax: (061) 571 402
e-mail: elsol@elsol.com.py - www.elsol.com.py

CAMBIO DE PLAN DE COBERTURA

Cláusula 18ª.- El Contratante, en cualquier momento de la vigencia de la presente Póliza, podrá solicitar por escrito a la Aseguradora el cambio del Plan de Salud contractual pactado, pasando a otro Plan; en este caso, la Aseguradora emitirá un Endoso a la Póliza haciendo constar el cambio de modalidad acompañado de la Factura respectiva correspondiente al nuevo Plan o la Nota de Crédito, según el caso.

RESCISIÓN UNILATERAL

Cláusula 19ª.- Cualquiera de las partes podrá rescindir el presente contrato sin expresión de causa. Cuando la Aseguradora rescinda, dará un pre-aviso no menor a (15) quince días. Cuando rescinda el Contratante, la rescisión se producirá desde las doce horas del día siguiente al solicitado.

Cuando la Aseguradora pida la rescisión, liquidará la prima por el plazo corrido. Si es el Contratante el que rescinde, la Aseguradora tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido, según la Tarifa de corto plazo (art. 1562 C.C.).

Cuando la Aseguradora haya prestado servicios comprendidos en los Arts. 9º al 12º de las Condiciones Particulares de la presente Póliza, renuncia al derecho de rescisión, en los términos establecidos en el Art. 1563 del C.C.

Una vez rescindido el contrato, el Contratante de la Póliza devolverá los carnets identificatorios de todos los asegurados comprendidos en el Grupo, dentro de las 24 horas de perfeccionada la rescisión.

RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

Cláusula 20ª.- Cuando el vencimiento de la presente Póliza se produzca en el interin en que un Asegurado y/o familiar esté bajo tratamiento médico cubierto por la misma o, es objeto de prestación de algunos de los servicios de salud amparados por la Póliza, la misma se prorrogará automáticamente por otro período de UN AÑO, sin necesidad de notificación previa ni autorización expresa del Asegurado.

Asimismo, el Contratante, en la Propuesta de Seguro, podrá indicar que la Póliza sea de renovación automática, en cuyo caso la misma se renovará por igual período hasta que una de las partes exprese su voluntad de no renovarlo.

La Prima de renovación de la Póliza, aún cuando ésta sea de renovación automática, será la establecida por la Aseguradora, calculada conforma a la siniestralidad del riesgo y a las demás variables del mercado.

PERIODO CORTO

Cláusula 21ª.- En todos los casos en que la Póliza debe ser anulada, la Aseguradora procederá a aplicar la Tarifa de período corto, conforme a la siguiente escala:

De 1 a 3 meses de vigencia.....	25% de la prima anual
Mas de 3 meses, hasta 6 meses de vigencia	55% de la prima anual
Mas de 6 meses, hasta 9 meses de vigencia	75% de la prima anual
Más de 9 meses de vigencia	100% de la prima anual

COMPOSICIÓN GRUPAL

Cláusula 22ª.- La presente Póliza se contrata bajo la composición grupal proveída por el Contratante y la Propuesta firmada por cada integrante del Grupo contratante en donde consta las personas incluidas en el seguro y el carácter de las mismas, por tanto, al variar cada Asegurado dicha composición inicial, deberá comunicarlo a la Aseguradora dentro de los siguientes 7 (siete) días para la correspondiente modificación y aplicación de la Prima respectiva. El Contratante se compromete a abonar la Prima emergente de la modificación de la composición grupal.

INGRESO Y SALIDA DE INTEGRANTES DEL GRUPO

Cláusula 23ª.- Cuando se produzcan altas y/o bajas dentro del Grupo, el Contratante se compromete a comunicarlo a la Aseguradora dentro de los siguientes 7 (siete) días, conforme al siguiente procedimiento:

a) Bajas: Comunicará a la Aseguradora por escrito dando el nombre y apellido de la persona que sale o egresa del Grupo, así como la fecha desde que el mismo deja de pertenecer al mismo. La falta de comunicación en tiempo y forma, hará responsable a la Contratante por el pago de la Prima devengada durante el tiempo no comunicado.

b) Altas: En cada caso de incluirse nuevo integrante al Grupo, la Contratante deberá comunicarlo por escrito a la Aseguradora acompañando la Propuesta firmada por el nuevo integrante junto a los demás documentos de presentación obligatoria establecido en la Póliza. La falta de comunicación en tiempo y forma y la realización de la inspección previa, libera a la Aseguradora de la prestación





Central: Cerro Corá N° 1031 - Edif. EL SOL 1 Piso - Telefax: 491 037/8 - 491 110 - 210 638 - 210 604 - **Agencia Encarnación:** Mcal. Estigarribia N° 1607 - Telefax: (071) 204 510
Agencia Concepción: Brasil esq. Yegros - Telefax: (031) 40 994 - **Agencia Ciudad del Este:** 29 de Setiembre N° 473 - Telefax: (061) 513 952 - **Agencia Itá:** Gral. Díaz N° 1612 c/ C. A. López
 Telefax: (024) 32902 - **Sub-Agencia Km5 Ciudad del Este:** Ruta Internacional N° 7 Km 5 - Edificio Jumar - Telefax: (061) 571 402
 e-mail: elsol@elsol.com.py - www.elsol.com.py

Cláusula 24ª.- Trimestralmente la Aseguradora estudiará el comportamiento de la demanda de servicios del Grupo contratante así como de las prestaciones de los mismos por parte de la Aseguradora a los efectos de que exista un equilibrio técnico que determine la correcta aplicación de la Prima; de existir un desequilibrio en el 1er semestre de vigencia de la Póliza, se procederá al ajuste proporcional de la Prima para mantener el nivel de las prestaciones. Si el desequilibrio se produjere en el 2do. Semestre de vigencia, el ajuste lo realizará la Aseguradora en las Primas de renovación de la Póliza, tal como se regula en la Cláusula 20ª.

[illegible]

1978 - 2004



Años