CONDICIONES PARTICULARES

RUMBOS S.A. DE SEGUROS
Estrella 851 e/ Montevideo y Ayolas
Teléfono: 449-488 – Fax 449-492
Asunción – Paraguay
RUC 80002760-4

Sección	Cód Cia.	Póliza N°	Endoso.Nº
ACC.PERSONALES - ACC.PERSONALES	06	0401001848	000

Responsabilidad máxima	Fecha de Emisión
Gs. 40.000.000	11/11/2021

Plazo	Desde las 00:00 Hs.	Hasta las 00:00 Hs.	RUC O C.I.
435 Dias	22/10/2021	31/12/2022	2003482-2

Asegurado
RAMIREZ DUARTE, CESAR DANIEL

Domicilio
GRAL. BERNARDINO CABALLERO BARRIO SAN ROQUE - CHORE

CONTRATANTE: CESAR DANIEL RAMIREZ DUARTE.-

LA COMPAÑÍA, se compromete al pago de las indemnizaciones estipuladas a continuación, en los casos de:

RIESGOS	SUMA ASEGURADA
a) MUERTE	Gs.10.000.000. c/u.-
b) INCAPACIDAD PERMANENTE, la proporción que corresponda al grado de incapacidad	Gs.10.000.000. c/u.-
c) INCAPACIDAD TEMPORARIA, por cada día	Gs. EXCLUIDO.-
d) ASISTENCIA MEDICA	Gs. EXCLUIDO.-

Coberturas: Muerte accidental o Incapacidad Total y Permanente por accidente.-

Queda entendido y convenido que queda excluido de las garantías de este seguro cualquier accidente ocurrido durante el uso de motocicletas o vehículos similares.

NOMINAS DE PESONALES

Nº	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nro. de Doc.
1	Edgar	-.-	Benitez	-.-	4.874.388
2	Luis	Fernando	Vera	Torales	7.833.055
3	Carlos	Alberto	Ortiz	Burgos	2.069.049
4	Tomas	-.-	Gavilan	-.-	5.240.106

BENEFICIARIOS: HEREDEROS LEGALES.-

"La cobertura de la Póliza de referencia excluye expresamente cualquier daño o pérdida sufrido o causado a consecuencia de Coronavirus y/u otras Enfermedades Transmisibles"

"RUMBOS S.A. DE SEGUROS"
C.P. Liz Fretes
Gerente Administrativo Financiero

Forman parte integrante de esta póliza las siguientes cláusulas anexa(s) y anexo(s):
Clausula 1 K(De hasta 2,50% mensual), Anexo N° 1 .-

Agente: LEIVA CACERES, ALDO GERMAN
Matricula Nro.: 1704 **Teléfono:** 0994 152052
Dirección: EEUU Y FLORENCIO VILLAMAYOR

Entre RUMBOS S.A. DE SEGUROS, con domicilio en Estrella Nº 851, Asunción, en adelante, "LA COMPAÑÍA" y quien precedentemente se designa con el nombre de ASEGURADO o TOMADOR conforme a la propuesta por él presentada, se celebra un Contrato de Seguro, sujeto a las Condiciones Particulares, Generales y Específicas, convenidas y aceptadas para ser ejecutadas de buena fe y se anexan a la presente póliza, formando parte integrante de la misma. Los vocablos "Asegurado" o "Tomador" se considerarán indistintamente, según corresponda.

"RUMBOS S.A. DE SEGUROS"
Lic. Eduardo Barrios
Gerente Técnico

Estrella 851
C.Correo 1017
www.rumbos.com.py

RUMBOS S.A. DE SEGUROS

Teléfono : 449 488
Telefax : 449 492
rumbos@rumbos.com.py

ACCIDENTES PERSONALES
PROPUESTA DE SEGURO

Nombres: **CESAR DANIEL** Apellidos: **RAMIREZ DUARTE**
Apellido de Casado: ..... Sexo: Masculino ☐ Femenino ☐ Estado Civil: **SOLTERO**
Nacionalidad: **PARAGUAYA** Fecha de Nacimiento: **23/07/1975** Lugar de Nacimiento: **CHORE**
Dirección: **GRAL. BERNARDINO CABALLERO BARRIO SAN ROQUE** Ciudad: **CHORE**
Teléf. Nº: ..... Fax Nº:..... Celular Nº: **0984-856019** Correo Electrónico: **ramirezconstrucciones01@gmail.com**
C.I Nº: **2.003.482** .....Pasaporte Nº:..... Otro:.....
Ocupación:.....Profesión:..... Nombre del Empleador:.....
Endoso: .....Dirección:.....Tel. Nº:.....

Fecha de emisión: ...../...../..... Secc.: **401** Pol. Nº.....1848..... Supl. Nº..... Oper.: **Nueva** Pol. ant. Nº.....
Nº Aseg.: **86.076** Grupo: ..... Desde el: **22/10/2021** Hasta el: **31/12/2022** Vigencia: **435 días** Suma Aseg. **Gs. 40.000.000.-**

Coberturas: Muerte accidental o Incapacidad Total y Permanente por accidente.

Queda entendido y convenido que queda excluido de las garantías de este seguro cualquier accidente ocurrido durante el uso de motocicletas o vehículos similares.

SUMA ASEGURADA POR PERSONA

RIESGOS A CUBRIRSE	SUMA ASEGURADA	%	IMPORTE
Muerte	**Gs. 10.000.000. C/U**		
Incapacidad Total y Permanente	**Gs. 10.000.000. C/U**		
Incapacidad Temporaria	Excluido		
Asistencia Médica	Excluido		

NOMINAS DE PESONALES

Nº	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nro. de Doc.
1	Edgar	-.-	Benitez	-.-	4.874.388
2	Luis	Fernando	Vera	Torales	7.833.055
3	Carlos	Alberto	Ortiz	Burgos	2.069.049
4	Tomas	-.-	Gavilan	-.-	5.240.106

PRIMA DE RIESGO ☐ GTOS ☐ I.P.F. ☐ I.V.A. ☐ PREMIO **Gs. 1.400.000.**

Medida de la Prestación:..... FORMA DE PAGO: **INICIAL Gs. CONTADO** CUOTAS: -.-
Fecha de vencimiento de cuotas:

"La cobertura de la Póliza de referencia excluye expresamente cualquier daño o pérdida sufrido o causado a consecuencia de Coronavirus y/u otras Enfermedades Transmisibles"

La presente solicitud la formulo/amos en un todo de acuerdo a las condiciones particulares, generales y especificas que son de mi conocimiento y otros endosos que tenga aprobados la Compañía por la autoridad competente, y que correspondan de acuerdo a los riesgos a cubrir, que acepto en todas sus partes, no pudiendo invocar en ningún otro caso otras declaraciones, o promesas hechas a/o por intermediarios, y certifico que las contestaciones a las preguntas del formulario que precede son fiel expresión de los hechos por mi conocidos, asimismo, a pagar el premio que corresponde. Al mismo tiempo declaro/amos que el dinero que será utilizado para el pago del premio de la póliza correspondiente, provendrá de una fuente licita y por tanto no tiene relación alguna con las actividades ilícitas a que se refiere la Ley Nº 1015/97. Autorizo/amos en forma expresa e irrevocable, otorgando mandato en los términos del art. 917 inc a) del Código Civil y de conformidad a lo dispuesto por el Art. 5º inc a) y b) de la Ley Nº 1682/01 y de la Ley Nº 1969/02, para que por cuenta propia o a través de empresas especializadas de nuestro medio puedan recabar información de los registros públicos o privados de esta plaza comercial o en otra, referente a mi/nuestra situación patrimonial, solvencia económica, o en el cumplimiento de mis/nuestras obligaciones.

Agente Nº 1639 Cobrador Nº 628 **Asunción,..... de noviembre del 2021**

.....
Firma Agente

.....
Firma del Proponente / Apoderado