

Asunción, 15 de enero de 2026.

Señores
FEDERACION PARAGUAYA DE CICLISMO
Presente

Ref.: Renovación de la póliza de Accidentes Personales Colectivo.

De nuestra consideración:

Tenemos el agrado de dirigirnos a Uds. con el objeto de presentarles los términos y condiciones de renovación de la póliza N° 5004010072181, del Seguro de Accidentes Personales Colectivo para los asociados de la federación, de acuerdo con lo siguiente:

- **Moneda:** Guaraní (Gs).
- **Cantidad de funcionarios:** 73, según datos proveídos.
- **Vigencia:** Un año; 24/03/2026 al 24/03/2027.
- **Categoría:** Deportes, en la modalidad de Ciclismo.
- **Edad de suscripción/Ingreso:** De 14 a 65 años. Permanencia hasta los 75 años en caso de renovación ininterrumpida de la póliza.
- **Ámbito de cobertura:** Mundial, excepto en países en guerra o que no tengan relaciones diplomáticas con la República del Paraguay Las 24h y los 365 días del año.

De 14 a 17 años: únicamente durante las prácticas dentro de los predios públicos o privados y durante las competencias, tanto a nivel nacional e como internacional. Se excluyen las coberturas en las rutas.

De 18 años en adelante: las 24hs. y los 365 días del año en actividades relacionadas al ciclismo.

- **Tipo de Póliza:** Póliza fija, con vigencia anual.
 - **Cobertura Básica:** Muerte por Accidente; edad de cobertura de 15 a 75 años.
 - **Cobertura complementaria:** Incapacidad Total o Parcial Permanente por accidente; edad de cobertura de 15 a 66 años.
- Los menores de entre 15 y 17 años deberán contar con el consentimiento de sus padres, quienes tendrán que firmar junto a sus hijos, el formulario de adhesión individual, anexando también copia de sus respectivos documentos de identidad.



- **Adicionales de cobertura:** **Gastos de sepelio (*)**, exclusivo para los menores de 18 años.

(*) El registro de capital en póliza será dentro de la cobertura de Muerte, pero la indemnización será solo en la modalidad de reembolso, para sufragar única y exclusivamente el Gasto de sepelio.

- **Gastos médicos por accidente:** Edad de cobertura de 14 a 66 años.

- **Deductible:** Se detallan dentro del cuadro de los planes ofrecidos.

PLANES OFRECIDOS

⇒ EXCLUSIVO PARA CICLISTAS CON PRÁCTICAS Y COMPETENCIAS A NIVEL NACIONAL e INTERNACIONAL:

- ✓ **PLANES SIN DEDUCIBLES.**

COBERTURAS	Edad de Cobertura	Opcion 1	Opcion 2
Fallecimiento accidental	15 a 75 años	EXCLUIDA	20.000.000
Invalidez total o parcial permanente por accidente	15 a 66 años	EXCLUIDA	20.000.000
Gastos médicos por accidente	15 a 66 años	5.000.000	2.000.000
Gastos de sepelio	14 años	10.000.000	EXCLUIDA
Deductible por siniestro y evento en la cobertura de Gastos médicos.	15 a 66 años	EXCLUIDA	EXCLUIDA
COSTO ANUAL, POR PERSONA - PÓLIZA FIJA		150.000	220.000

COBERTURAS	Edad de Cobertura	Opcion 3	Opcion 4
Fallecimiento accidental	15 a 75 años	20.000.000	50.000.000
Invalidez total o parcial permanente por accidente	15 a 66 años	20.000.000	50.000.000
Gastos médicos por accidente	15 a 66 años	8.000.000	20.000.000
Gastos de sepelio	14 años	EXCLUIDA	EXCLUIDA
Deductible por siniestro y evento en la cobertura de Gastos médicos.	15 a 66 años	EXCLUIDA	EXCLUIDA
COSTO ANUAL, POR PERSONA - PÓLIZA FIJA		280.000	700.000

EXCLUSIONES – RIESGOS NO ASEGURADOS.

Gastos de sepelio; Uso de motocicletas; Renta diaria; Repatriación funeraria o sanitaria; Picadura de insectos; Incapacidad total y parcial temporal; Muerte e incapacidad total por causas naturales y/o por enfermedad; Consumo de estupefacientes o alcaloides; Terrorismo de cualquier tipo; Seguros de enfermedades; Vuelos de exhibición, siembra, fumigación y/o acrobacia; Remolques Aéreos; Seguros automáticos de Aviación; Cobertura en Vuelos Privados; Riesgos atómicos o energía nuclear; Guerra y guerra civil; Polución radioactiva; Marina, armada y actividades de ejército similares; Participación en actos delictivos; Uso de armas de fuego o arma blanca; Suicidio o intento de suicidio; Duelos o desafíos; Riñas, salvo en defensa propia; Homicidio causado por un Beneficiario de este seguro.



CONSIDERACIONES IMPORTANTES.

- Todos los ciclistas, durante las prácticas o al momento de competir, tanto a nivel nacional como internacional, deberán contar con sus respectivos equipos de seguridad.
- Ninguno de los ciclistas deberá presentar alguna incapacidad física y/o médica.

CONDICIONES PARA EL CONTRATO DE SEGURO

- ✓ Todas las personas deberán completar, fechar y firmar la solicitud de adhesión individual, anexando copia de sus respectivos documentos de identidad.
- Importante:** Los menores de 14 a 17 años, deberán tener el consentimiento de sus padres, quienes también tendrán que firmar el formulario de adhesión individual junto a sus hijos, anexando copia de sus respectivos documentos de identidad.
- ✓ El Tomador o Contratante del seguro deberá proveer a la aseguradora un detalle de funcionario (Formato Excel), con los siguientes datos:
 - Nombre y apellido completo;
 - Nº de Documento de Identidad, Fecha y lugar de nacimiento;
 - Nacionalidad; Profesión y/u ocupación actual.
 - Nombre y apellido de los beneficiarios y el % de cesión.
 - Nº de Documento de identidad de los beneficiarios y el parentesco.
- ✓ El Contratante o Tomador deberá igualmente informar a MAPFRE, durante la vigencia de la póliza, sobre las **ALTAS** y las **BAJAS**.
- ✓ Para las **ALTAS**, la fecha de incorporación al seguro será conforme al siguiente orden de prelación:
 - a) Desde la fecha firma del formulario de adhesión individual al seguro por parte del empleado.
 - b) Si la fecha establecida como inicio de vigencia es distinta al señalado en el apartado de "Vigencia" del formulario de adhesión individual al seguro, será considerada la fecha de firma del empleado.
 - c) La fecha de firma por parte del empleado prevalecerá a la fecha de solicitud del Tomador, hecha nota mediante o por correo.
 - d) El inicio de cobertura para el empleado, señaladas precedentemente, serán consideradas siempre y cuando el empleado no haya declarado o respondido afirmativamente a una o varias preguntas en el apartado de salud del formulario de adhesión individual. Caso contrario, la aseguradora se reserva el derecho de asumir la cobertura del riesgo una vez aprobada el análisis de los resultados médicos.
- ✓ La Aseguradora no aceptará como Beneficiario del empleado, a Directivos ni Administradores de la Empresa, ni a la Empresa misma.
- ✓ Los **beneficiarios** solo podrán ser designados por el Asegurado por declaración escrita y firmada (Art. 1681 del Código Civil), en el apartado **"6. BENEFICIARIOS"** del formulario de adhesión individual al seguro. Caso contrario serán designados "Herederos Legales" (Art. 1680 del Código Civil).
- ✓ Se deja expresa constancia que la completitud de los datos requeridos en todo y cada uno de los formularios proveídos por Mapfre, es obligatoria.
- ✓ Aplica a la presente lo establecido en la Cláusula 4 de las Condiciones Generales Comunes: **"Reticencia y Falsa Declaración"**.
- ✓ **Renovación:** se deja constancia que para cada renovación será considerado el perfil de siniestralidad de acuerdo con el siguiente esquema:



Siniestralidad	Recargo.
Mayor a 35%	10%
Mayor a 55%	25%
Mayor a 75%	40%
Mayor a 90%	Revisión de términos y condiciones

DEFINICIÓN DE LAS COBERTURAS

COBERTURA BÁSICA

Muerte Accidental e Incapacidad Total y/o Parcial Permanente por accidente.

La Compañía se compromete al pago de las indemnizaciones estipuladas, en el caso de que la persona designada en la misma como Asegurado, sufriera durante la vigencia del seguro, algún accidente que fuera la causa originaria de su muerte o invalidez permanente total o parcial, y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de un año, a contar de la fecha de este.

A los efectos de este seguro, se entiende por "accidente" todo hecho que cause una lesión corporal, que pueda ser determinada por médicos de una manera cierta, al asegurado independientemente de su voluntad por la acción repentina y violenta de un agente externo.

COBERTURA COMPLEMENTARIA

INDEMNIZACIONES EN CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

Si el accidente causare la invalidez permanente, la Compañía pagará al asegurado una suma igual al porcentaje sobre la indemnización estipulada en las Condiciones Particulares, que corresponda de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida y según se indica a continuación:

TOTAL

Estado absoluto e incurable de alienación mental
Fractura incurable de la columna vertebral

%

100
100

PARCIAL

A) CABEZA

Sordera total e incurable de los dos oídos
Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular normal
Sordera total e incurable de un oído
Ablación de mandíbula inferior

%

50
40
15
50

B) MIEMBROS SUPERIORES

	%	%
	Derecho	Izquierdo
Pérdida total de un brazo	65	52
Pérdida total de una mano	60	48
Fractura no consolidada de un brazo (Seudoartrosis total)	45	36
Anquilosis del hombro en posición no funcional	30	24
Anquilosis del hombro en posición funcional	25	20
Anquilosis del codo en posición no funcional	25	20
Anquilosis del codo en posición funcional	20	16
Anquilosis de la muñeca en posición no funcional	20	16
Anquilosis de la muñeca en posición funcional	15	12



Pérdida total del pulgar	18	14
Pérdida total del índice	14	11
Pérdida total del dedo medio	9	7
Pérdida total del anular o del meñique	8	6

C) MIEMBROS INFERIORES

	%
Pérdida total de una pierna	55
Pérdida total de un pie	40
Fractura no consolidada de un muslo (Seudoartrosis total)	35
Fractura no consolidada de una pierna (Seudoartrosis total)	30
Fractura no consolidada de una rotula	30
Fractura no consolidada de un pie (Seudoartrosis total)	20
Anquilosis de la cadera en posición no funcional	40
Anquilosis de la cadera en posición funcional	20
Anquilosis de la rodilla en posición no funcional	30
Anquilosis de la rodilla en posición funcional	15
Anquilosis del empeine (Garganta del pie) en posición no funcional	15
Anquilosis del empeine (Garganta del pie) en posición funcional	8
Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos cinco centímetros	15
Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos tres centímetros	8
Pérdida total de un dedo gordo de un pie	8
Pérdida total de cualquier otro dedo del pie	4

Por **pérdida total** se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o por la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano lesionado.

La **pérdida parcial** de los miembros u órganos será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional, pero si la invalidez deriva de seudoartrosis, la indemnización no podrá exceder el 70% de la que corresponde por pérdida total de miembro u órgano afectado.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis, y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponda por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar, y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

En caso de pérdida de varios miembros u órganos, se sumarán los porcentajes correspondientes a cada miembro u órgano perdido, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para la capacidad total permanente.

Cuando la invalidez así establecida llegue al 80% se considerará invalidez total y se abonara, por consiguiente, íntegramente la suma asegurada.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados ante de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con la de los casos previstos y sin tomar en consideración la profesión del asegurado.

En caso de constar en la solicitud propuesta que el asegurado ha declarado ser zurdo se invertirán los porcentajes de indemnización fijados por la pérdida de los miembros superiores.



COBETURAS ADICIONALES

➤ GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTES – PARA TODOS LOS CICLISTAS.

La Compañía amplia la cobertura de la presente oferta para cubrir los gastos incurridos por Asistencia Médica motivadas por todo accidente cubierto por la póliza, ocurridos dentro de su vigencia y hasta el límite máximo contratado.

Los gastos que la Compañía tomará a su cargo serán los honorarios médicos, el costo de internación, el de los productos farmacéuticos, radiografías, y tratamientos especiales prescritos por el facultativo, pero no los gastos de viaje y estadías en balnearios o termas o de convalecencia ni por suministro de aparatos ortopédicos, lentes, medias y fajas de goma, prótesis, y obturaciones dentales.

En caso de siniestro, bajo esta cobertura adicional, la suma asegurada quedará reducida por el monto de las indemnizaciones efectuadas, salvo que una vez que el asegurado se haya curado completamente de sus lesiones, se restablezca dicha suma asegurada mediante el pago de una prima adicional.

➤ REEMBOLSO POR GASTOS DE SEPELIO – UNICA Y EXCLUSIVAMENTE PARA LOS MENORES DE 18 AÑOS.

La compañía otorgará una indemnización adicional para sufragar los Gastos de Sepelio por el empleado afectado. Esta indemnización es en concepto de REEMBOLSO a quien acredite haber realizado el pago por el servicio funerario, para lo cual deberá presentar factura a su nombre.

Asimismo, se deja expresa constancia que la Aseguradora se deslinda de toda responsabilidad por los actos y servicios que realice la empresa prestadora de servicios fúnebres.

COMPROMISO DEL FUNCIONARIO ASEGURADO, ANTE ESTA COMPAÑÍA ASEGURADORA:

El Texto establecido a continuación, será insertada en las solicitudes individuales de seguros, que cada funcionario deberá firmar: Declaro que toda la información contenida en esta SOLICITUD de seguro es cierta, que asumo la responsabilidad sobre la veracidad de la misma y que es la base del Contrato con MAPFRE PARAGUAY Cía. de Seguros S.A., sujeto a sus cláusulas y condiciones que el tomador acepta en todas sus partes, autorizando a MAPFRE Paraguay, en caso que acepte, a emitir la respectiva póliza, comprometiéndome a pagar el premio debido. Asimismo, en mi carácter de solicitante de la póliza o representante del solicitante (Persona Jurídica) DECLARO: Que el dinero que será utilizado para el pago de la prima provendrá de una fuente lícita y por lo tanto no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos, producto de las actividades ilícitas a que se refiere la Ley Nro. 1015/97 que "Previene y reprime los actos ilícitos destinados a la legitimación de dinero o bienes".

MAPFRE PARAGUAY Compañía de Seguros Sociedad Anónima en adelante "MAPFRE", declara y reconoce expresamente, en virtud de lo acordado en el presente documento, que:

1.- Podrá emitir pólizas, suplementos, anexos u otros documentos relacionados con la póliza que contendrán una firma facsimilar; y en tales casos, reconocerá el valor jurídico de las pólizas, suplementos, anexos u otros documentos relacionados con la póliza y por ende no negará la validez y los efectos legales de tales documentos, salvo en los casos en que sean violadas las medidas de seguridad implementadas por MAPFRE.

2.- La firma facsimilar que aparecerá/n impresa/s en los documentos anteriormente citados, corresponderá a la firma de puño y letra de persona debidamente autorizada por MAPFRE con facultades legales para obligar a la misma en virtud de poder especial que se otorgará por ante escribano público, y estará inscripto en la sección de poderes de los registros públicos.

3.- La persona cuya firma facsimilar aparecerá en el documento emitido por MAPFRE estará registrada en el "Registro de Personas Autorizadas a Suscribir las Pólizas de Seguro en Representación de las Empresas Aseguradoras", de conformidad a la resolución SS. RG. No. 1/97 de la Superintendencia de Seguros.

4.- Renuncia a oponer defensas sobre falsedad o inexistencia de la firma facsimilar impresa en el documento, salvo en los casos en que sean violadas las medidas de seguridad implementadas por MAPFRE.



5.- La firma del Agente y del Representante Legal de MAPFRE, en el caso que fueren personas distintas, no implica la aceptación del riesgo, el cual podrá ser aceptado o rechazado, posteriormente, según el exclusivo criterio de MAPFRE.

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD:

Toda la información que cada una de las partes reciba u obtenga, con motivo del análisis del servicio propuesto, de la celebración de la relación contractual y/o la determinación del presupuesto por el servicio, relacionada con la otra parte, sus actividades, know how, tecnología, finanzas, clientes, publicidad u otro punto que forme parte de la información intercambiada durante y posterior al servicio tendrá carácter de reservada y confidencial y será tratada como tal por la otra parte que la recibió, sus representantes, profesionales y/o empleados, cualquiera sea su carácter. El incumplimiento de esta obligación por una de las partes dará derecho a la otra a demandarla por los daños y perjuicios que este incumplimiento le originare.

Cuando el Texto de la Póliza difiera 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. Civil).

En caso de necesidad, para el análisis del o de los riesgos, autorizo a MAPFRE PARAGUAY COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., la verificación del expediente clínico de internación y consultorio obrante en el Sanatorio o Centro Médico Asistencial _____ y obtener copia de dicho historial.

Esta cotización está basada en la información facilitada. Si la información fuera incorrecta o incompleta, le rogamos nos lo comunique de inmediato a fin de confirmar los términos de la cotización. Aprovechamos la ocasión para recordarles la obligación de declarar todas las circunstancias que pudieran influir en la valoración del riesgo. La ocultación de información anula la presente cotización y podría ser motivo de rescisión de la póliza.

Validez de la Oferta: hasta el 01 de marzo. En esta fecha la compañía se reserva el derecho de analizar el perfil de siniestralidad de manera que, si los resultados así lo demuestran, se realizará el ajuste de Tarifa para el periodo de vigencia marzo/2025 – 2026, y se emitirá una adenda al respecto. Caso contrario, los términos y condiciones de la presente oferta permanecerán inalterables.

Esperando que los Términos y Condiciones ofrecidos les sean de utilidad, hacemos oportuna la ocasión para saludarles muy atentamente.

Conformidad del Tomador
(Firma y sello del representante legal)

Aclaración: _____

Firmado en fecha: _____

[OBLIGATORIO]

JOELMA ZOCCHE - Agente Mat. 812

Firma y sello del Agente / Corredor

Mapfre Paraguay Cía. de Seguros S.A.

