

A vibrant, close-up photograph of a woman and two young girls laughing joyfully. They are positioned in the foreground, with their faces lit up by a bright, warm light, likely from the sun or a carousel. The woman on the left has dark hair with bangs and is wearing a white top with a floral pattern. The girl in the middle has curly brown hair and is wearing denim overalls over a white shirt. The girl on the right has straight brown hair and is wearing a blue and white patterned top. In the background, other people and a carousel with a blue balloon are visible, creating a festive atmosphere.

Póliza Seguro
Accidentes Personales

Disfruta cada momento,
nosotros cuidamos de ti.

 **MAPFRE BHD | SEGUROS**

CONTENIDO

SECCIÓN I: ACUERDO DE SEGURO

Artículo 1: Contrato Único

Artículo 2: Definiciones

Artículo 3: Interés Asegurable

Artículo 4: Coberturas

SECCIÓN II: CONDICIONES GENERALES

Artículo 5: Condiciones Generales

SECCIÓN III: EXCLUSIONES GENERALES

Artículo 6: Exclusiones Generales

POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES

SECCION I: ACUERDO DE SEGURO

Artículo No.1: Contrato Único

- 1.1 La presente póliza de seguros está constituida por la Solicitud de Seguro, el Acuerdo de Seguros, las Condiciones Generales y Particulares, las Exclusiones Generales, así como por las Declaraciones y Endosos que se anexan a la misma. Estos documentos conforman un contrato único entre Las Partes.
- 1.2 De conformidad con lo expresado en el párrafo anterior, y de acuerdo con las informaciones ofrecidas en la solicitud por el Contratante de la póliza y/o el Asegurado, en consideración del pago de la prima y confiando en lo consignado en la solicitud que forma parte del presente contrato, sujeto a los límites de responsabilidad, exclusiones y otros términos de esta póliza, Las Partes formalizan el siguiente **ACUERDO DE SEGURO**.

Artículo No. 2: Definiciones

A los efectos de esta póliza se entiende por:

- 2.1 **Objeto del Seguro:** el objeto de este seguro es el aseguramiento del interés del contratante en cada una de las coberturas contratadas e indicadas en las Condiciones Particulares.
- 2.2 **Asegurado:** la persona física o jurídica, titular del interés objeto de este seguro y que, en defecto del Contratante del seguro, asume las obligaciones derivadas del contrato. Salvo mención expresa en las Condiciones Particulares, Contratante de Seguro y Asegurado son una misma persona.
- 2.3 **Tomador del Seguro o Contratante:** la persona que suscribe una póliza y es responsable del pago de las primas.
- 2.4 **Grupo Asegurable:** las personas que estén íntimamente unidas con el asegurado principal, o que estén unidas a éste por una relación de consanguinidad, afinidad, lazos de cariño o afecto; o al tomador del seguro o contratante por la condición de empleados, asociados, relacionados o clientes.
- 2.5 **Asegurador:** la sociedad aseguradora MAPFRE BHD Compañía de Seguros, S. A., la cual se obliga a la prestación de los servicios y coberturas correspondientes a cada una de las garantías que figuran incluidas en las Condiciones Particulares, con arreglo a los límites y condiciones establecidos en la póliza, quien en lo adelante se llamará La Compañía.

- 2.6 **Beneficiario:** toda persona física o jurídica que así haya(n) sido nombrada(s) por el asegurado.
- 2.7 **Elegibilidad:** la condición atribuida al solicitante del seguro mientras su edad cumplida se encuentre dentro de los rangos indicados en las Condiciones Generales de la póliza.
- 2.8 **Edad Límite de Permanencia para el seguro:** la condición atribuida al cumplir el asegurado la edad indicada para cada cobertura.
- 2.9 **Póliza:** contrato escrito conformado por la Solicitud de Seguro, el Acuerdo de Seguros, las Condiciones Generales y Particulares, las Exclusiones Generales, así como por las Declaraciones y Endosos que se anexan a la misma, y que sirven para probar los derechos y obligaciones del asegurado o contratante del seguro y La Compañía.
- 2.10 **Condiciones Particulares:** parte de la póliza donde se describen los datos generales del asegurado, o el asegurado principal y las personas aseguradas conjuntamente por éste, o tomador de seguro o contratante y las personas aseguradas por éstos, y el (los) beneficiario (s) si lo (s) hay. Incluye, además, la vigencia del contrato, las coberturas, los límites y las primas acordadas. También, la firma autorizada y cualquier otro dato mediante el cual se particularice el (los) riesgo (s) asumido (s) por La Compañía.
- 2.11 **Endoso:** es un escrito complementario que forma parte de la póliza, mediante el cual generalmente se hacen adiciones, supresiones, aclaraciones o cualquier otra modificación al texto original o básico de dicha póliza.
- 2.12 **Suma Asegurada:** valor atribuido por el asegurado o el contratante del seguro, o por La Compañía al objeto del seguro, y cuyo importe es la cantidad máxima que está obligada a pagar La Compañía en caso de siniestro.
- 2.13 **Prima:** precio del seguro que está obligado a pagar el asegurado o el contratante de la póliza de conformidad con la legislación vigente, y cuyo cumplimiento es condición esencial para la validez de este contrato.
- 2.14 **Costo del Seguro:** es el costo del seguro basado en las tarifas indicadas en las Condiciones Particulares de la póliza, y en sus facturas sub-siguientes.
- 2.15 **Fallecimiento:** la pérdida de la vida de la persona asegurada.
- 2.16 **Accidente:** El acaecimiento de un hecho violento, súbito, externo y ajeno a la intencionalidad del asegurado.
- 2.17 **Accidente de Tránsito:** se considera un accidente de tránsito cuando:

- 2.17.1 El asegurado actúe como peatón y el accidente sea ocasionado por un vehículo.
- 2.17.2 El asegurado viaje como conductor o pasajero de un vehículo terrestre privado.
- 2.17.3 El asegurado se encuentre como usuario en medios de transporte público ya sea terrestre, ferroviario, marítimo o aéreo.
- 2.18 **Fallecimiento Accidental:** la pérdida de la vida del asegurado, como consecuencia de cualquier acontecimiento súbito no previsto ni esperado, provocado por causas ajenas y externas.
- 2.19 **Miembros:** significa las manos, los pies o los ojos.
- 2.20 **Desmembramiento:** la pérdida de uno o varios miembros.
- 2.21 **Pérdida:** significa la amputación o inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado. En lo que respecta a las manos y los pies, implica desmembramiento causado por separación, ya sea arriba o en la coyuntura de la muñeca o del tobillo, respectivamente; con respecto a los ojos, la pérdida íntegra e irrevocable de la vista; con respecto al habla, la pérdida íntegra e irrevocable del habla; con respecto a la audición, la pérdida íntegra e irrevocable de la audición de ambos oídos.
- 2.22 **Pérdida Total de la Vista:** significa la pérdida completa e irreparable de la vista, certificada por un médico especializado en oftalmología.
- 2.23 **Invalidez o Incapacidad Total y Permanente:** el hecho de que el asegurado quede totalmente incapacitado por lesiones corporales a consecuencia de un accidente, que no le permitan ejecutar cualquier trabajo lucrativo o para dedicarse a cualquier actividad de la que pueda obtener alguna utilidad.
- 2.24 **Incapacidad Temporal:** significa una incapacidad total o parcial que prive al asegurado de manera no definitiva de la atención de sus negocios u ocupación, que necesariamente lo confine inmediata y continuamente a su lugar de residencia y le impida atender sus obligaciones acostumbradas.
- 2.25 **Hospitalización:** internamiento del asegurado en una clínica u hospital por motivo de un accidente, bajo el cuidado y atención de un médico tratante.
- 2.26 **Médico:** persona que posee licencia legal para practicar la medicina y/o cirugía, y que no sea el asegurado ni ningún miembro de la familia del asegurado.
- 2.27 **Diagnóstico Clínico:** es aquel emitido por el médico tratante, basado en la historia clínica, examen físico y resultados de exámenes de diagnóstico y laboratorio.

- 2.28 **Período Asegurado:** será aquel que comienza con la fecha en que se hace efectiva esta cobertura dentro de la póliza y para cada asegurado, y expira al término de la misma para la póliza en su totalidad.
- 2.29 **Período de Eliminación:** tiempo y suma a pagar que comenzando desde la fecha del accidente se deduce del cálculo de la indemnización temporal, y a partir del cual se pagan los beneficios cubiertos.
- 2.30 **Deducible:** cantidad inicial que no se cubre y a partir de la cual se reembolsarán los gastos a que tenga derecho el asegurado.
- 2.31 **Condición Pre-existente:** enfermedad, condición, dolencia o padecimiento originada antes del inicio de vigencia de la cobertura para cada persona asegurada, aumento de suma asegurada, inclusión de coberturas o rehabilitación de la póliza, estando ésta en conocimiento o no de la misma, declaradas o no en la solicitud de seguro, existiendo o no dicha solicitud.
- 2.32 **Domiciliación Bancaria:** es el proceso mediante el cual el asegurado o el contratante de la póliza autoriza a La Compañía a realizar cargos periódicos a su cuenta bancaria o tarjeta de crédito, con la finalidad de cumplir con el pago de la prima establecido por La Compañía, para tener derecho sobre la cobertura de seguro contratada.
- 2.33 **Siniestro:** evento cuyas consecuencias dañosas están cubiertas por las garantías de la póliza.
- 2.34 **Evento:** es cada accidente amparado por la presente póliza y que requiera hospitalización. Se entenderá que constituye un sólo evento los períodos sucesivos de hospitalización, cuyas causas se encuentren directamente relacionadas entre sí y resulten de un mismo accidente. Si entre la última hospitalización y la siguiente ha mediado un lapso igual o superior a seis (6) meses, éste se considerará como un nuevo evento. Esta definición aplica exclusivamente para la cobertura de Renta Diaria por Hospitalización.
- 2.35 **Exámenes Físicos de Rutina:** aquellos efectuados como chequeos o exámenes preventivos de salud.
- 2.36 **Curas de Reposo:** descanso prescrito por un médico al asegurado, como consecuencia de patologías psiquiátricas o psicológicas.
- 2.37 **Cinturón de Seguridad:** es un arnés diseñado para sujetar a un ocupante de un vehículo, y mantenerlo en su asiento en caso de ocurrir una colisión. Su objetivo es minimizar las heridas en una colisión, impidiendo que el pasajero se golpee con los elementos duros del interior o contra las personas en la fila de asientos anterior, y que sea arrojado fuera del vehículo.

El cinturón de seguridad está compuesto por:

Pretensor, es un dispositivo que, en caso de un choque frontal, compensa el alargamiento inevitable de los cinturones bajo la acción del cuerpo, manteniendo éste apoyado contra el respaldo del asiento.

Trinquetes o muelles, los cuales tienen acción mecánica, y que se bloquean cuando se genera la tensión.

Pirotécnicos o Válvulas explosivas, que son tensores que aseguran el cuerpo en el momento del impacto mediante un resorte o un disparo, bloqueando el cinturón.

Artículo No. 3: Interés Asegurable

Siempre que se pacte una suma para su cobertura según declaraciones consignadas en las Condiciones Particulares, quedará garantizada por esta póliza la suma asegurada según la cobertura detallada a continuación, con motivo de la ocurrencia de un siniestro al asegurado.

Artículo No. 4: Coberturas

La Compañía se compromete a pagar las prestaciones de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares y Generales de esta póliza, a los beneficiarios designados, a los herederos legales o al propio asegurado según corresponda, siempre y cuando el evento se haya originado a consecuencia de un accidente, su ocurrencia hubiese tenido lugar durante la vigencia de la póliza y sus consecuencias sucedan dentro de los doce (12) meses siguientes contados a partir de la fecha del accidente.

4.1 Amparo Básico

Fallecimiento Accidental

Con motivo del fallecimiento accidental de una persona asegurada bajo esta póliza, siempre que éste ocurra con anterioridad a la fecha de vencimiento de la misma y por cuya cobertura se haya cobrado la prima acordada, La Compañía se compromete a pagar la suma asegurada a (al) el (los) beneficiario (s) designado (s), o en su defecto a los herederos legales del asegurado fallecido, sujeto a lo establecido en las Condiciones Particulares y Generales.

Para que el asegurado tenga derecho sobre esta cobertura, la misma debe estar nombrada en las Condiciones Particulares, haberse cobrado la prima correspondiente, y La Compañía debe recibir las pruebas fehacientes del fallecimiento accidental sujeto a las Condiciones Generales y Particulares de la póliza.

4.2 Coberturas Adicionales

Esta póliza ofrece amparos adicionales, los cuales pueden ser incluidos a la misma mediante anexos, siempre que el contratante de la póliza los haya solicitado formalmente, hayan sido aprobados por La Compañía, y la prima correspondiente haya sido pagada. Las coberturas adicionales son:

4.2.1 Fallecimiento Simultáneo Cónyuges

Al ocurrir el fallecimiento accidental simultáneo de los cónyuges o compañeros de vida a consecuencia de un mismo evento, La Compañía pagará a (a los) beneficiario (s) designado (s) en la póliza o en su defecto a los herederos legales, un valor adicional equivalente al veinticinco por ciento (25%) de la suma contratada para cada persona asegurada en la cobertura básica de Fallecimiento Accidental.

Para ambos cónyuges tener derecho sobre esta cobertura, el fallecimiento del segundo cónyuge debe ocurrir en la fecha del evento, o dentro de un plazo de doce (12) meses contados desde la fecha del accidente.

Esta cobertura aplica exclusivamente en los planes familiares, donde están asegurados ambos cónyuges o compañeros de vida.

Para tener derecho sobre esta cobertura, la misma debe estar nombrada en las Condiciones Particulares o mediante endoso y haberse cobrado la prima correspondiente.

4.2.2 Seguridad Vial 25

Al ocurrir el fallecimiento accidental del titular asegurado o su cónyuge o compañero de vida, y demostrarse que en el momento del accidente automovilístico este (estos) utilizaba (n) el cinturón de seguridad, La Compañía pagará al (a los) beneficiario (s) designado (s) en la póliza o en su defecto a los herederos legales, un valor adicional equivalente al veinticinco por ciento (25%) de la suma contratada para cada persona asegurada en la cobertura básica de Fallecimiento Accidental.

Esta cobertura aplica para el titular en los planes individuales, y para el titular y cónyuge en los planes familiares.

Para tener derecho sobre esta cobertura, el fallecimiento de la persona asegurada debe ocurrir en la fecha del evento, o dentro de un plazo de doce (12) meses contados desde la fecha del accidente; la misma debe estar nombrada en las Condiciones Particulares o mediante endoso, y haberse cobrado la prima correspondiente.

La Compañía debe recibir las pruebas fehacientes del fallecimiento accidental sujeto a las Condiciones Generales y Particulares de la póliza, debe comprobar con el vehículo accidentado que los cinturones de seguridad estaban siendo utilizados por los asegurados

fallecidos en el momento de la ocurrencia del accidente. La familia del asegurado fallecido debe facilitar a La Compañía la realización de la inspección del vehículo accidentado.

La Compañía queda liberada de toda responsabilidad, al no recibir oportunamente las pruebas indicadas en el párrafo anterior, las cuales son requeridas para tener derecho a esta cobertura.

4.2.3 Desmembramiento

Al comprobarse que el asegurado ha experimentado la pérdida total y permanente de ambas manos o pies, o una mano y un pie; así como una combinación de la pérdida total y permanente de toda la vista de un ojo y pérdida total y permanente de una mano o un pie, La Compañía pagará el cien por ciento (100 %) de la suma asegurada indicada para esta cobertura en las Condiciones Particulares de la póliza o endoso.

Si la pérdida total o permanente fuera solamente de la vista de un ojo, de una mano o de un pie, La Compañía pagará el cincuenta por ciento (50%) de la suma asegurada indicada para esta cobertura en las Condiciones Particulares de la póliza o endoso.

Para otras pérdidas de miembros, La Compañía pagará al contratante de la póliza una suma igual al porcentaje establecido según la causa, conforme a la tabla de compensaciones siguiente:

Resultado	% Compensación
Pérdida total y permanente del oído o del habla	50%
Pérdida total y permanente del sentido de oír en un oído	15%
Pérdida total y permanente del brazo desde el hombro	75%
Pérdida total y permanente del antebrazo	65%
Pérdida total y permanente del muslo	75%
Pérdida total y permanente de la pierna en o debajo de la rodilla	65%
Pérdida total y permanente del dedo pulgar (ambas falanges)	15%
Pérdida total y permanente del dedo pulgar (una falange)	10%
Pérdida total y permanente del dedo índice (tres falanges)	10%
Pérdida total y permanente del dedo índice (dos falanges)	8%
Pérdida total y permanente del dedo índice (una falange)	4%

Resultado	% Compensación
Pérdida total y permanente de un dedo (no pulgar o índice)	5%
Pérdida total y permanente del dedo grande del pie	5%
Pérdida total y permanente de cualquier otro dedo del pie	1%

Para cualquier otra pérdida ya sea por amputación o mutilación no especificada anteriormente, La Compañía fijará el porcentaje de indemnización según la opinión de sus asesores médicos, siempre que dicha opinión sea compatible con los porcentajes de compensación arriba indicados.

Combinación de pérdidas: por la pérdida de varios miembros u órganos, se sumarán los porcentajes correspondientes a cada miembro u órgano perdido, sin que la indemnización total exceda del cien por ciento (100%) de la suma asegurada para la cobertura de Desmembramiento.

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

Para tener derecho sobre esta cobertura, la misma debe estar nombrada en las Condiciones Particulares o mediante endoso y haberse cobrado la prima correspondiente.

4.2.4 Incapacidad Total y Permanente

La Compañía pagará este beneficio cuando dentro de la vigencia el asegurado sufra un accidente que le ocasione lesiones orgánicas o alteraciones funcionales que le originen una incapacidad total y permanente, que de por vida le impida a la persona asegurada desempeñar cualquier tipo de trabajo o actividad remunerada.

También se considera como incapacidad total y permanente, la parálisis total permanente completa de hemicuerpo y del cuerpo entero. La pérdida funcional de ambas manos, de ambos pies, de una mano y un pie, la pérdida total e irreparable de la visión de ambos ojos, fractura incurable de la columna vertebral, y la enajenación mental absoluta e incurable.

Para que esta cobertura sea efectiva, es necesario que la incapacidad haya existido por un período no menor a ciento ochenta (180) días, contados desde la fecha de estructuración de la incapacidad total y permanente, y que ésta no haya sido provocada por el asegurado.

Para que haya lugar a indemnización, la fecha de estructuración de la incapacidad total y permanente debe estar dentro del período de vigencia de la póliza.

El beneficio bajo esta cobertura de Incapacidad Total y Permanente no será pagado si la incapacidad es el resultado de un accidente que haya dado origen a una reclamación bajo la cobertura de Desmembramiento y viceversa.

Para tener derecho sobre esta cobertura, la misma debe estar nombrada en las Condiciones Particulares o mediante endoso y haberse cobrado la prima correspondiente.

4.2.5 Incapacidad Temporal

Al establecerse la incapacidad temporal o parcial del asegurado, La Compañía pagará la compensación semanal acordada durante el tiempo que el asegurado esté incapacitado temporalmente, por la cantidad y duración especificada en las Condiciones Particulares de la póliza o mediante endoso, comenzando inmediatamente después del período de eliminación, si lo hubiere.

Para tener derecho sobre esta cobertura, la misma debe estar nombrada en las Condiciones Particulares o mediante endoso y haberse cobrado la prima correspondiente.

4.2.6 Renta Diaria por Hospitalización

Cuando a causa de un accidente ocurrido después de la fecha en que surta efecto esta cobertura, el asegurado es internado necesaria y continuamente en un hospital o clínica por un período mayor o igual a veinticuatro (24) horas consecutivas, La Compañía pagará el beneficio de indemnización diaria por cada veinticuatro (24) horas que el asegurado permanezca así internado, hasta por un máximo de noventa (90) días anuales –año póliza- y hasta el límite de renta diaria del plan que haya contratado.

Para tener derecho sobre esta cobertura, la misma debe estar nombrada en las Condiciones Particulares o mediante endoso y haberse cobrado la prima correspondiente.

4.2.7 Gastos Médicos y Odontológicos

La Compañía reembolsará bajo esta cobertura los gastos médicos originados a consecuencia de un accidente e incurridos por el asegurado tales como: servicios odontológicos, honorarios médicos, quirúrgicos y/o hospitalarios que razonablemente se hayan incurrido, hasta el límite señalado en las Condiciones Particulares o mediante endoso, en adición a cualquier otro pago cubierto por esta póliza, siempre y cuando los servicios de Gastos Médicos y Odontológicos sean recibidos en un Centro Médico calificado y autorizado a operar legalmente, o por un profesional de la odontología.

Para tener derecho sobre esta cobertura, la misma debe estar nombrada en las Condiciones Particulares o mediante endoso y haberse cobrado la prima correspondiente.

4.2.8 Exequias

Al ocurrir el fallecimiento accidental del asegurado dentro de un plazo de doce (12) meses contados desde la fecha del accidente, La Compañía conviene en pagar los gastos funerarios hasta el máximo de la suma asegurada vigente en el momento del fallecimiento, y siempre que el mismo ocurra dentro de la fecha de vigencia de la póliza.

El beneficio de esta cobertura podrá pagarse en las siguientes modalidades:

(a) Al recibo de pruebas fehacientes por escrito del fallecimiento accidental del asegurado, La Compañía pagará la suma asegurada para esta cobertura a él (a los) beneficiario (s) designado (s) en la póliza, o en su defecto a los herederos legales del asegurado fallecido.

(b) La Compañía pagará directamente al proveedor de servicios funerarios contratado por ésta y seleccionado por los familiares del asegurado fallecido, hasta el límite o suma asegurada indicada en las Condiciones Particulares de la póliza o en el endoso correspondiente.

Para tener derecho sobre esta cobertura, la misma debe estar nombrada en las Condiciones Particulares o mediante endoso y haberse cobrado la prima correspondiente.

4.2.9 MAPFRE Salud 24

Los servicios que se ofrecen a través de esta cobertura son los siguientes:

(a) Orientación Médica Telefónica Permanente:

En caso de accidente, el asegurado podrá acceder a efectuar una consulta médica telefónica con el equipo médico de La Compañía a través del Centro de Atención al Cliente disponible veinticuatro (24) horas. El alcance de las recomendaciones dependerá de la condición (patología) indicada por el asegurado.

La información médica podrá versar sobre los siguientes aspectos:

- Procedimientos a seguir en determinadas patologías
- Consejos ante emergencias médicas
- Información sobre medicamentos y prescripciones
- Consejos de salud
- Información de pruebas diagnósticas y/o tratamientos ya prescritos.
- Efectos secundarios y contraindicaciones de determinados fármacos.

El Servicio de Orientación Médica Telefónica en ningún caso sustituye a los facultativos o el diagnóstico médico necesario para un tratamiento médico profesional. En consecuencia, no incluirá a ningún efecto las actividades de:

Diagnóstico de enfermedades, receta de medicamentos, recepción y/o interpretación de informes y pruebas, informes o comentarios por escrito, atención directa de urgencias o emergencias de ningún tipo, comunicación a los servicios públicos de urgencias o emergencias de ningún tipo de solicitud de ayuda, llamadas de seguimiento, revisión o comentario del consejo, asesoramiento, diagnóstico o prescripción dada por un médico o profesional sanitario, limitándose a responder a las cuestiones referidas por el asegurado, o sus responsables y de acuerdo a la información facilitada por él.

La Compañía no será, en ningún caso, responsable de las acciones u omisiones del asegurado en cuanto al seguimiento de las orientaciones médicas que se les preste, con soporte a la información que éste ha proporcionado.

(b) Envío de Ambulancia:

En caso de accidente, La Compañía coordinará y enviará una ambulancia terrestre para trasladar al asegurado desde el lugar de la emergencia, el cual deberá estar situado dentro del ámbito territorial garantizado, hasta el Centro Hospitalario adecuado, como consecuencia de un accidente sufrido por éste. Esta cobertura tiene límite económico de hasta dos mil quinientos pesos (RD\$ 2,500) y de un (1) evento por vigencia anual (año póliza).

El equipo médico de La compañía estará en comunicación permanente con el asegurado hasta que sea atendido, y brindará apoyo al equipo móvil en caso de ser necesario.

(c) Servicio de información

En caso de que el cliente necesite información sobre proveedores médicos, centros médicos y hospitalarios, clínicas y farmacias de turno, podrá solicitarla mediante llamada telefónica a través del Centro de Atención al Cliente de La Compañía, las veinticuatro (24) horas al día.

SECCIÓN II: CONDICIONES GENERALES

Artículo No. 5: Condiciones Generales

De conformidad con las informaciones ofrecidas por el asegurado el tomador o el contratante del seguro en la solicitud de seguro, La Compañía emite esta póliza y condiciona el cumplimiento de sus obligaciones siempre que se cumplan satisfactoriamente las siguientes **Condiciones Generales**:

- 5.1 **Declaraciones del asegurado, el tomador del seguro o contratante del seguro.** La Compañía acepta el seguro, y fija la prima basada en las declaraciones hechas por asegurado, el tomador o el contratante del seguro en la solicitud de seguro o en cualquier otro documento, de los cuales el asegurado o el contratante del seguro resulta solo y exclusivamente responsable. En consecuencia, el asegurado, el tomador o el contratante del seguro, no deben omitir circunstancia alguna relativa a los riesgos, ni sus familiares directos o derechohabientes pueden reclamar después del siniestro contra las enunciaciones de la póliza o fuera de ellas.
- 5.2 **Contratante o dueño de la póliza.** Para los efectos de esta póliza el contratante o dueño es el propio asegurado a menos que se indique de otro modo en la solicitud del seguro o se establezca mediante endoso. En caso de que dicho contratante sea diferente al asegurado y siempre que no haya algún endoso o convenio especial registrado en La Compañía que establezca lo contrario, el contratante es el único que puede, durante la vida del asegurado y sin el consentimiento de cualquier beneficiario revocable, traspasar o ceder esta póliza, enmendarla o modificarla, y ejercitar, recibir o gozar de cualquier otro derecho, beneficio y privilegio contenidos en la misma.
- 5.2.1 Durante la vida del asegurado el contratante podrá designar un nuevo contratante de la póliza. Si un contratante que no fuere el asegurado falleciere antes que el asegurado sin haber nombrado debidamente un contratante sustituto, los derechos del contratante pasarán a los ejecutores o albaceas, o administradores del fallecido.
- 5.3 **Límite de Responsabilidad.** Los límites de responsabilidades indicados en las Condiciones Particulares expresan con respecto al asegurado la cantidad máxima por la que responde La Compañía.
- 5.4 **Inicio de Vigencia.** Una vez pagada la primera prima y entregada la póliza en vida y buena salud del asegurado, el período de vigencia de este contrato comienza desde las cero (0) horas del día fijado como inicio de vigencia en las Condiciones Particulares de la póliza

5.5 **Terminación de Vigencia.** Esta póliza termina su vigencia a las cero (0) horas del día fijado como terminación de vigencia en las Condiciones Particulares.

5.5.1 Al vencer el primer período de vigencia o de cualquier período subsiguiente, esta póliza se terminará automáticamente, a menos que se renueve por un año o la fracción de año que corresponda, sujeto al pago de la prima correspondiente y a las condiciones de renovación de este contrato.

5.6 **Elegibilidad.**

- Edad mínima de ingreso al seguro: Titular y cónyuge: dieciocho (18) años; hijos en el Plan Familiar: tres (3) meses.
- Edad máxima de ingreso al seguro: Titular y Cónyuge: sesenta y cinco (65) años; hijos en el Plan Familiar: veintisiete (27) años
- Edad máxima de permanencia en el seguro: Titular y Cónyuge setenta (70) años; hijos en el Plan Familiar: veintiocho (28) años.

Las siguientes condiciones de elegibilidad aplican para las coberturas de Incapacidad Total y Permanente e Incapacidad Temporal:

- Edad máxima de ingreso al seguro: cincuenta y nueve (59) años.
- Edad máxima de permanencia para esta cobertura: sesenta (60) años.

5.7 **Edad.** La edad declarada por el asegurado se deberá comprobar legalmente antes o después del fallecimiento del mismo, o al ocurrir cualquier reclamación sobre la presente póliza.

5.8 **Declaración errónea de edad.** La Compañía podrá impugnar el contrato en cualquier momento si en la fecha de inicio del seguro, el asegurado hubiere excedido la edad máxima de ingreso al seguro, conforme lo establece la Cláusula de "Elegibilidad". Es motivo de rescisión automática de la protección de la cobertura de seguro, que la edad real del asegurado se encuentre fuera del límite de aceptación, limitándose la obligación de La Compañía a la devolución de las primas pagadas en la fecha de rescisión.

5.9 **Modificación del Estado del Riesgo.** El presente contrato se celebra con base en los datos facilitados por el contratante y/o asegurado, declaración sobre el estado de salud, domicilio, profesión, ocupación y demás datos contenidos en los cuestionarios presentados por La Compañía, todo lo cual ha determinado la aceptación del riesgo y el cálculo de la prima correspondiente, quedando estos obligados a comunicar a La Compañía cualquier modificación del estado del riesgo.

- 5.9.1 En tal virtud, tanto el contratante como el asegurado se encuentran obligados a notificar por escrito a La Compañía los hechos o circunstancias no previsibles que sobrevengan con posterioridad a la emisión de la póliza y que signifiquen agravación del riesgo.
- 5.9.2 La notificación debe hacerse con una antelación no menor de diez (10) días hábiles a la fecha de la modificación del riesgo, si esta depende del arbitrio del contratante o asegurado, o es conocida por alguno de ellos.
- 5.9.3 Si la modificación del estado del riesgo le es extraña al contratante y/o asegurado, éstos deberán dar aviso sobre el particular dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel que tenga conocimiento de ella, conocimiento que se presume transcurridos treinta (30) días desde el momento de la modificación.
- 5.9.4 Dependiendo de la modificación del estado del riesgo, La Compañía podrá modificar las condiciones técnicas y económicas del presente contrato a partir de la fecha en que se tenga conocimiento de dicha modificación por parte de La Compañía.
- 5.9.5 La falta de notificación oportuna produce la terminación del contrato póliza.
- 5.10 **Causales de Nulidad.** Esta póliza quedará automáticamente nula y rescindida, en caso de que La Compañía obtenga pruebas de la mala fe por parte del contratante de la póliza y/o asegurado al tiempo de celebrarse el contrato, de su rehabilitación, la inclusión de un asegurado, inclusión de coberturas o para otorgar un incremento en la suma asegurada; por la inexacta declaración del contratante y/o asegurado, aún hecha de buena fe, siempre que pudiera influir en la estimación del riesgo; por la omisión u ocultación por el contratante y/o asegurado de hechos o circunstancias que hubieran podido influir en la celebración del contrato, o por la presentación de pruebas falsas en caso de reclamación. La responsabilidad de La Compañía se limitará a devolver la prima que corresponda.
- 5.10.1 Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o inexactitud producen igual efecto si el contratante y/o asegurado han encubierto por culpa hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.
- 5.11 **Primas y Pago de Primas.** Esta póliza no será efectiva hasta que la misma haya sido entregada al contratante y la primera prima haya sido pagada a La Compañía durante la vida del asegurado.
- 5.11.1 El pago de la prima deberá ser hecho por el contratante cien por ciento (100%) y por adelantado previo al inicio de vigencia de la póliza en el domicilio de La Compañía, o a un agente local de la misma de acuerdo a

la frecuencia de facturación y pago elegida por el contratante, y conforme lo establece la Ley de Seguros y Fianzas. No será válido el pago hecho a corredores de seguros, agentes u otras personas, si no están facultados expresamente por poder escrito por La Compañía para aceptarlo.

- 5.11.2 El pago de la prima implica la aceptación expresa por parte del asegurado, el tomador del seguro o el contratante del seguro, de las condiciones impresas y lo consignado en las declaraciones de la póliza, así como de todos los endosos y anexos efectuados a dicha póliza.
- 5.11.3 Mediante solicitud escrita aprobada por La Compañía las primas pueden pagarse de forma anual, semestral, trimestral o mensual, de acuerdo con las tarifas vigentes de La Compañía en la fecha de la póliza.
- 5.11.4 La Compañía podrá en cualquier momento rescindir el contrato por falta de pago de prima, sin necesidad de dar aviso al contratante de la póliza.
- 5.12 **Período de Gracia.** La falta de pago de cualquier prima después de la primera prima y a partir de la fecha de su vencimiento, constituye un incumplimiento del contrato por parte del contratante de la póliza. La Compañía, concede un plazo de gracia de treinta (30) días calendario contados a partir del último día de la vigencia anterior pagada por el contratante de la póliza, durante el cual la póliza permanecerá en vigor, para el pago de cualquier prima que no sea la inicial, sin recargo de intereses.
 - 5.12.1 Para el pago de las primas siguientes a la primera prima de emisión de la póliza, el plazo de gracia correrá a partir de las cero (0) horas del día en que venza cada una, considerando siempre que la vigencia anterior ha sido pagada por el contratante de la póliza.
 - 5.12.2 Si la muerte del asegurado ocurriese en el período de gracia, cualquier prima vencida y no pagada será deducida de la cantidad a pagar por La Compañía bajo esta póliza.
 - 5.12.3 Vencido el plazo de gracia y no abonada la prima por el contratante, caducarán de forma automática los derechos emergentes de esta póliza.
 - 5.12.4 Los derechos que esta póliza acuerda al asegurado o al contratante nacen el mismo día y hora en que comienzan las obligaciones a su cargo establecidas precedentemente.
- 5.13 **Modificaciones del Seguro.** Durante la vigencia de la presente póliza, el asegurado, tomador o el contratante del seguro podrán solicitar a La Compañía su modificación, quedando como facultad de esta última su aceptación.

- 5.13.1 Las estipulaciones de esta póliza sólo pueden modificarse mediante Endoso y previo acuerdo de La Compañía y del contratante o tomador. En consecuencia, ni los intermediarios, ni cualquier otra persona o entidad tiene facultad alguna para hacer concesiones o modificaciones. Ninguna modificación realizada en esta póliza será válida a menos que dicho Endoso esté firmado por el Presidente, Vicepresidente o persona designada por La Compañía para tales fines.
- 5.13.2 En cualquier momento durante la vigencia de la póliza, el Contratante o tomador podrá modificar la suma asegurada y la frecuencia del pago de las primas, sujeto a La aprobación de La Compañía. La aceptación por parte de La Compañía de una nueva forma de pago de prima constituirá un cambio en la forma de pago de las primas subsiguientes.
- 5.13.3 La inclusión de coberturas y los aumentos en las sumas aseguradas y no previstos en forma automática, estarán sujetos a que el asegurado presente pruebas de asegurabilidad satisfactorias para La Compañía.
- 5.13.4 Siempre que en esta póliza se utilice o aparezca un pronombre en género masculino, se considerará que incluye también el género femenino, a menos que el contexto indique claramente lo contrario.
- 5.13.5 Cuando se trate de una póliza de grupo o colectiva, es responsabilidad exclusiva del contratante de la póliza notificar por escrito a La Compañía su solicitud de incluir o excluir empleados o personas a asegurar, al igual que incluir o excluir coberturas, o aumentar o disminuir las sumas aseguradas, o cualquier otro tipo de modificación.
- 5.13.5.1 La Compañía se reserva el derecho de aceptar o declinar cualquier solicitud. La aceptación tendrá su efecto cuando La Compañía apruebe por escrito el cambio solicitado por el contratante. En caso de que el contratante de la póliza no cumpla con lo indicado anteriormente y con las normas de modificación de La Compañía, La Compañía queda liberada de toda responsabilidad sobre el riesgo en cuestión.
- 5.13.5.2 Las modificaciones deben ser remitidas por el contratante a La Compañía al domicilio de esta. Cuando se trata de pólizas colectivas o de grupo, en caso de ser aprobada la solicitud del contratante por La Compañía, esta tendrá su inicio de vigencia en el mes posterior a la fecha en que es aprobada dicha solicitud, a menos que La Compañía informe por escrito otra fecha.
- 5.13.5.3 Luego de ser aprobada la solicitud del contratante, esta tendrá cobertura siempre que la misma haya sido recibida dentro de la fecha de corte, acogándose el contratante a dicha fecha de corte de proceso de solicitudes estipuladas por La Compañía como una norma general y acostumbrada, y conocida y aceptada por el contratante de la póliza.

- 5.13.5.4 Las solicitudes de las pólizas colectivas que sean recibidas y aceptadas por La Compañía fuera de la fecha de corte iniciarán su vigencia un mes adicional al mes posterior al proceso.
- 5.14 **Exámenes.** La Compañía tendrá el derecho cuando y tantas veces como lo requiera de: (a) examinar al asegurado, y (b) En caso de fallecimiento, de investigar las circunstancias del fallecimiento, examinar el cadáver, solicitar una exhumación y practicar una autopsia.
- 5.15 **Privilegio de Renovación.** Esta póliza se renueva en las condiciones técnicas y económicas que La Compañía determine, por períodos adicionales y consecutivos contados a partir de la expiración del anterior, mediante el pago de la prima de renovación que corresponda a cada nuevo período siempre y cuando:
- No haya prima anterior en mora
 - La prima de renovación se pague dentro de los primeros treinta (30) días contados a partir de la expiración del período entonces en vigor.
- 5.15.1 El derecho de renovar esta póliza vencerá seis (6) meses después que el asegurado haya cumplido los sesenta y nueve (69) años de edad.
- 5.16 **Rehabilitación.** Dentro del período de tres (3) meses después de haber sido cancelada la póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a La Compañía la rehabilitación de la misma. Si posterior a completar una nueva solicitud de seguro y proceder conforme los requisitos y normas de asegurabilidad de ésta se satisface a La Compañía en que el asegurado constituye entonces un riesgo asegurable de acuerdo con sus normas vigentes, la rehabilitación será concedida mediante el pago de todas las primas vencidas. La Compañía se reserva el derecho de aceptar o declinar esta solicitud de rehabilitar.
- 5.16.1 La póliza tomará como fecha efectiva de la rehabilitación, la indicada en el endoso que se le haga a la póliza cuando La compañía apruebe dicha rehabilitación y le sea comunicada por escrito al Contratante.
- 5.17 **Comunicaciones.** Las comunicaciones a La Compañía se realizarán por escrito en el domicilio social de ésta. Las comunicaciones que se realicen en las sucursales u oficinas de La Compañía surten los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente en la oficina principal de ésta.
- 5.17.1 Las comunicaciones efectuadas a La Compañía por el intermediario de seguros que medie en el contrato en nombre del asegurado o el contratante del seguro surten los mismos efectos que si las realizara el propio asegurado o el contratante del seguro, salvo indicación en contrario escrita por éstos.

- 5.17.2 Las comunicaciones al asegurado, tomador o al contratante del seguro, y al (los) beneficiario (s), se realizarán en el último domicilio del contratante que conste en los registros de la póliza.
- 5.17.3 El contrato de seguro redactado en la póliza, y todas sus modificaciones o adiciones deben ser formalizadas y comunicadas por escrito por La Compañía al asegurado, tomador o al contratante.
- 5.17.4 El asegurado, tomador o el contratante del seguro, su intermediario y La Compañía, reconocen la validez de las comunicaciones realizadas mediante correos electrónicos, siempre que sea posible su impresión y las respectivas direcciones se hagan constar en un endoso.
- 5.18 **Designación de Beneficiario (s).** El asegurado tiene libertad para designar por escrito al (a los) beneficiario (s) de esta póliza, así como el (los) porcentaje (s) que le (s) corresponda(n), salvo que sus beneficios hayan sido formalmente cedidos por él con anterioridad.
- 5.18.1 Las clasificaciones permitidas por La Compañía serán: primer beneficiario, segundo beneficiario y tercer beneficiario, y podrá haber uno o más beneficiarios en cada una de estas clasificaciones.
- 5.18.2 El nombre del (de los) beneficiario (s) se indica (n) en la solicitud o en cualquier notificación fehaciente hecha por escrito por el asegurado.
- 5.18.3 Cuando se tengan que efectuar pagos al beneficiario según esta póliza, se efectuarán sólo al primer beneficiario, si vivieren una o más personas incluidas en tal clasificación. Si no, únicamente al segundo beneficiario, si vivieren una o más personas comprendidas en tal clasificación. Si no, solamente al tercer beneficiario, si vivieren una más de las personas en tal clasificación; si no, a los albaceas, administradores legales o cesionarios del asegurado.
- 5.18.4 Los derechos de cualquier beneficiario que fallezca antes que el asegurado podrán ser sustituidos por el asegurado por cualquier otro nuevo beneficiario, o ser redistribuido entre los beneficiarios existentes.
- 5.18.5 Designadas varias personas sin indicación de proporciones, se entiende que el beneficio es por partes iguales.
- 5.18.6 Cuando se designe a los hijos se entiende los concebidos y los sobrevivientes al tiempo de ocurrido el siniestro.
- 5.18.7 Cuando se designe a los herederos, se entiende a los que por ley suceden al asegurado.

- 5.18.8 Mientras viva, el asegurado podrá cambiar el beneficiario, a menos que la designación sea a título oneroso. En dicho caso y siempre que tal designación conste en la póliza, se requerirá la expresa conformidad del beneficiario designado en la misma.
- 5.18.9 Los cambios de beneficiarios se hacen mediante notificación escrita sin formalidad determinada, y entran en vigencia desde el día en que La Compañía emite el Endoso correspondiente.
- 5.18.10 La Compañía quedará liberada de su responsabilidad en caso de pagar el valor correspondiente al (a los) beneficiario (s) designado (s) en la póliza con anterioridad a la recepción de cualquier comunicación escrita modificatoria de esa designación.
- 5.18.11 Atento el carácter irrevocable de la designación de beneficiario a título oneroso, La Compañía en ningún caso asume responsabilidad alguna por la validez del negocio jurídico que dio lugar a la designación ni por las cuestiones que se susciten con motivo de esa designación beneficiaria.
- 5.18.12 Si la suma asegurada registrada al momento de fallecimiento superara el (los) monto (s) formalmente cedidos por el asegurado con anterioridad, la diferencia será pagada a él o los beneficiarios designados por el asegurado a tal fin o, en su defecto, a sus herederos legales.
- 5.18.13 Todo beneficiario que reclame un interés bajo esta póliza entregará a La Compañía, pruebas fehacientes del fallecimiento de cualquier beneficiario cuyo derecho a los beneficiarios de esta póliza hubiere tenido prioridad sobre el suyo, y también pruebas de su propio derecho al interés que reclama. La Compañía quedará autorizada para pagarle al beneficiario que entregue dichas pruebas. cualquier acción de parte de otros que reclamen dicho interés, será únicamente contra la persona a quien La Compañía hubiere efectuado el pago.
- 5.19 **Aviso y Prueba de Fallecimiento Accidental:** aviso escrito del fallecimiento del asegurado debe presentarse a La Compañía. La Compañía suministrará los correspondientes formularios e informará sobre los requisitos para presentar la prueba de fallecimiento.
- 5.20 **Plazo de Prescripción:** cumplido el plazo de dos (2) años después de la fecha del siniestro, La Compañía quedará libre de la obligación de pagar los beneficios correspondientes al mismo, a menos que se hubiese tramitado una acción judicial relacionada con la reclamación.
- 5.21 **Arbitraje:** si surgiere algún desacuerdo entre el asegurado, el contratante, los beneficiarios o los herederos legales designados y La Compañía, quedará sometido independientemente de cualquier otra cuestión al procedimiento de

arbitraje descrito en la Ley 146-02 sobre Seguros y Fianzas de la República Dominicana.

- 5.22 **Normas Supletorias:** para todo lo que no esté previsto en este contrato se aplicarán las leyes vigentes.
- 5.23 **Acciones contra La Compañía:** el asegurado principal, o el tomador de seguro o contratante, los beneficiarios designados o los herederos legales, no podrá (n) ejercer ninguna acción contra La Compañía ante los tribunales correspondientes, si antes no cumple (n) con las disposiciones de las Condiciones Generales de la póliza.
- 5.24 **Impuestos o Gravámenes:** todos los impuestos y/o gravámenes a que esté sujeta la emisión de la póliza formarán parte de la prima, aun cuando se indiquen separadamente. En consecuencia, cuando en esta póliza se usa el término prima, se entiende que incluye los impuestos y/o gravámenes. El pago del total de ambos (prima e impuesto o gravamen) es condición para la vigencia del presente contrato de seguro.
- 5.25 **Liberalización:** si durante el periodo en que la póliza esté vigente, son revisados mediante Ley o de otra manera, cualquiera de los endosos, reglamentos y regulaciones que afecten la misma a fin de extenderlos o ampliarlos sin recargo adicional de prima, tal extensión pasará al beneficio del asegurado o contratante del seguro.
- 5.26 **Adhesión:** si durante el periodo que la póliza esté vigente, son revisados mediante Ley, o de otra manera, las Condiciones Generales que afecten la misma, a fin de extenderlos o ampliarlos, sin recargo adicional de prima, tal extensión pasará al beneficio del asegurado o contratante del seguro.
- 5.27 **Primacía:** las condiciones de los endosos priman sobre el cuadro de las Declaraciones y Condiciones Particulares, las cuales, a su vez, priman sobre las Condiciones Generales.
- 5.28 **Sumisión:** en caso de acción judicial iniciada como consecuencia de la ejecución de la presente póliza, las partes reconocen y aceptan la competencia de los tribunales de sus respectivos domicilios dentro del territorio de la República Dominicana.
- 5.29 **Moneda:** se conviene que todos los pagos que el Contratante deba hacer a La Compañía o los que ésta tenga que hacer por cualquier concepto sobre este contrato, deberá efectuarse en la moneda indicada en las Condiciones Particulares de la póliza, conforme a la Ley monetaria vigente.
- 5.30 **Participación en Utilidades:** la presente póliza no participa en las ganancias de La Compañía.

- 5.31 **Convenios no contemplados en la póliza:** no será válida ninguna convención especial estipulada verbalmente o por escrito entre el asegurado o el contratante del seguro y una persona diferente a La Compañía, a menos que dicha convención especial sea expresamente aceptada por escrito por La Compañía.
- 5.32 **Traspaso de la póliza:** esta póliza solo responderá por los servicios y coberturas en ella contratadas en beneficio de la (s) persona (s) asegurada (s). En consecuencia, y para los fines de la presente póliza, se considerará nulo y sin valor alguno cualquier traspaso parcial o total de la misma que implique cambio de contratante.
- 5.33 **Cesión.** Ninguna cesión o transferencia de esta póliza o de los derechos del asegurado en ella será obligatoria para La Compañía, a menos que se haga por escrito y sea entregada a La Compañía. La Compañía no se hará responsable en forma alguna, de la validez o efecto de ninguna cesión o transferencia no comunicada formalmente.
- 5.33.1 El ejercicio de las opciones y privilegios concedidos por esta póliza y el pago de los beneficios estarán sujetos a los derechos de cualquier cesionario registrado en la oficina de La Compañía en la Ciudad de Santo Domingo, D.N.
- 5.34 **Información Crediticia:** el asegurado o el contratante del seguro consiente que La Compañía pueda investigar y/o suministrar a los centros de información crediticia toda la información relacionada con su historial crediticio, así como la derivada de la experiencia del manejo de su crédito con motivo de esta póliza.
- 5.35 **Información Médica:** el asegurado o el contratante del seguro autoriza expresamente a cualquier médico, empleado de hospital o cualquier otra persona que le haya atendido o haya sido consultada por el asegurado, para que suministre a La Compañía toda la información que ésta considere necesaria y solicite en cualquier tiempo.
- 5.36 **Protección de Datos:** el asegurado o el contratante del seguro consiente que los datos que se obtengan en virtud de esta póliza pasarán a formar parte de un fichero propiedad de La Compañía y cuya finalidad es la gestión de la presente relación comercial, así como un fin operativo, estadístico y de valoración de riesgos. Los datos que se recaban son necesarios para la relación contractual y el no suministro de ellos significaría la imposibilidad de mantenerla.
- 5.36.1 El asegurado o el contratante del seguro queda informado y consiente que sus datos puedan ser utilizados por La Compañía para la contratación o aplicación a otros productos y servicios de la entidad, así como para el envío de ofertas comerciales, productos o servicios de seguros, personalizados o no, que comercialice o financie esta entidad o el Grupo al que pertenezca, incluso mediante la elaboración de perfiles, y que

puedan ser de su interés. Este envío podrá efectuarse por cualquier medio (correspondencia, teléfono, fax, correo electrónico, o cualquier otro medio telemático).

- 5.37 **Domiciliación Bancaria:** en el caso de domiciliación bancaria de las facturas generadas con motivo de la presente póliza, la prima se entiende pagada, salvo que intentado su cobro en la (s) fecha (s) acordada (s) no existan fondos suficientes en la cuenta designada. En el caso de que La Compañía presente nuevamente el cobro y no existan fondos o no existan fondos suficientes en la cuenta designada, ésta tendrá la opción, no la obligación, de notificárselo al asegurado o al Contratante del Seguro para que pueda satisfacer su importe en el domicilio de La Compañía o en cualquiera de sus oficinas o sucursales.
- 5.38 **Terminación automática de la Cobertura:** la cobertura para cada persona asegurada terminará de forma automática:
- 5.38.1 Por el no pago de la prima por parte del asegurado principal o tomador de seguro o contratante, una vez vencido el plazo de gracia.
- 5.38.2 Por revocación unilateral del asegurado principal o tomador de seguro o contratante, o por renovación de La Compañía.
- 5.38.3 Al ocurrir el fallecimiento accidental o la incapacidad total y permanente de la persona asegurada.
- 5.38.4 Por terminación de la vigencia de la póliza.
- 5.38.5 Cuando la persona asegurada alcance la edad de término indicada en la Cláusula de “Elegibilidad”.
- 5.39 **Cancelación del Seguro:** esta póliza podrá ser cancelada en cualquier momento por La Compañía en caso de falsa declaración o reticencia por parte del asegurado o el contratante de la póliza. De igual forma podrá ser cancelada por La Compañía por falta de pago de primas cumplido el plazo de gracia. En ambos casos la cancelación tiene efecto inmediato.
- 5.39.1 Esta póliza puede ser cancelada en cualquier momento por el asegurado o el contratante de la póliza, mediante aviso por escrito a La Compañía con por lo menos treinta (30) días calendario de anticipación. También podrá ser cancelada en cualquier momento por La Compañía mediante aviso por escrito al contratante de la póliza, con por lo menos treinta (30) días calendario de anticipación.
- 5.39.2 La Compañía después de un siniestro o reclamación podrá rescindir el contrato para accidentes posteriores, mediante aviso por escrito dirigido

al domicilio del contratante con por lo menos treinta (30) días calendario de anticipación, devolviéndole la parte de prima correspondiente al plazo no transcurrido.

- 5.39.3 Si la cancelación de esta póliza fuere solicitada por el asegurado o el contratante del seguro, La Compañía devolverá la prima no devengada en base a la tarifa a corto plazo, y si fuere hecha a instancia de La Compañía, el reembolso de la prima se hará a prorrata.

SECCIÓN III: EXCLUSIONES GENERALES

Artículo No.6: Exclusiones Generales

Esta póliza no cubre y por lo tanto no será aplicable a ningún hecho causado por o derivado directa o indirectamente de:

- 6.1 Suicidio, intento de suicidio o lesiones infligidas a sí mismo por el asegurado, ya sea en estado de enajenación mental o no.
- 6.2 Homicidio voluntario.
- 6.3 Los que sobrevengan al asegurado en estado de perturbación mental, desorden nervioso, a consecuencia de consumo de drogas, estupefacientes, embriaguez o sonambulismo.
- 6.4 Las lesiones causadas por el propio asegurado en su persona que resulten de prácticas higiénicas o de otra índole, como los actos de aseo, arreglos de uñas o extirpación de callos; así como las consecuencias de operaciones quirúrgicas y las irradiaciones de cualquier clase que no hayan sido motivadas por el tratamiento de un accidente cubierto; las lesiones producidas por los rayos X, ni la consecuencia de la acción repetida de los mismos u otros y los de radio o materia radioactiva.
- 6.5 Los accidentes causados o provocados intencionalmente por el asegurado o por el beneficiario de la póliza, independientemente de que se encuentre en estado de enajenación mental.
- 6.6 Cualquier dolencia o lesión corporal, incapacidad, enfermedad o infección, que hubiere sido originada antes del inicio de vigencia de la cobertura, su último aumento de suma asegurada o de su última rehabilitación, estando el asegurado en conocimiento o no de la misma, declaradas o no en la solicitud de seguro, existiendo o no dicha solicitud.



Si24

.....
Servicio Integral
24 Horas

(809) 549-7424
Santo Domingo



1 (809) 200-7424
Interior sin cargos

Santo Domingo

Oficina Principal (809) 562-1271

Oficina Santo Domingo Este (809) 483-3636

Santiago (809) 582-5188

San Francisco de Macorís (809) 244-3444

La romana (809) 813-1212

Puerto Plata (809) 244-4335

Bávaro (809) 933-0900

www.mapfrehhd.com.do