

# FORMULARIO DE CONOCIMIENTO

## Información Persona Física

(TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS)

Tipo de tercero:

- Tomador  Asegurado  Beneficiario  Afianzado  Proveedor  Empleado  Apoderado

Sucursal

### INFORMACIÓN BÁSICA PERSONA FÍSICA

Tipo de identificación <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> ID residencia		Número	Fecha vencimiento	Nombres y apellidos (primero nombres, luego apellidos)	
Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Fecha de nacimiento	Ciudad de nacimiento		Provincia de nacimiento	Nacionalidad
Profesión		Ocupación/Cargo			
Empresa		Dirección donde labora			
Ciudad		Provincia			Teléfono

### DOMICILIO

Ciudad residencia	Provincia	País	Teléfono	Celular
Dirección residencia		Sector		Correo electrónico

Autorizo a La Aseguradora para que la información de todos mis productos sea enviada a la siguiente dirección:  Trabajo  Correo Electrónico  Residencia

### INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA

<input type="checkbox"/> Empleado/Asalariado	<input type="checkbox"/> Propietario/Socio	<input type="checkbox"/> Jubilado/Pensionado	<input type="checkbox"/> Inversionista/Prestamista	<input type="checkbox"/> Independiente	<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Ama de casa
<input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál?						

### INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingresos mensuales actividad principal	<input type="checkbox"/> Menos de RD\$20 mil	<input type="checkbox"/> RD\$20 mil a RD\$50 mil	<input type="checkbox"/> RD\$50 mil a RD\$100 mil	<input type="checkbox"/> Más de RD\$100 mil
--	--	--	---	---

Otros ingresos promedio mensual RD\$ aproximados.

Descripción actividad económica de otros ingresos (actividad secundaria)

¿Ha manejado o maneja recursos públicos durante los últimos 3 años?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Si su respuesta es afirmativa, especifique
¿Ha poseído o posee algún grado de poder público durante los últimos 3 años?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Si su respuesta es afirmativa, especifique
¿Es persona reconocida o de influencia pública?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Si su respuesta es afirmativa, especifique
¿Es afirmativa alguna de las preguntas anteriores para su cónyuge, padres, abuelos, hijos, nietos, suegros, nueras o yernos?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Si su respuesta es afirmativa, especifique

### SOLICITUD DE SEGURO

Ramo  Personas  Generales  Fianzas  Otro, especifique

### DECLARACIÓN DE VERACIDAD Y AUTORIZACIÓN DE VERIFICACIÓN Y CONSULTA DE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA

Declaro bajo la fe del juramento, y bajo pena de perjurio, de forma libre, consciente, expresa y voluntaria que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera y completa, y que el seguro aquí solicitado no entrará en vigor mientras no sea aceptado por La Aseguradora.

Autorizo expresa e irrevocablemente a La Aseguradora, para que verifique y consulte toda la información proporcionada en este formulario en cuantas bases de datos, centros de información crediticia, o cualquier otra institución o empresa, locales o extranjeras, sea necesario, bajo el amparo de la Ley No. 172-13, del 15 de diciembre del 2013, sobre la Protección de Datos de Carácter Personal, y cualquier otra legislación aplicable.

### AUTORIZACIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y CESIÓN DE INFORMACIÓN SUMINISTRADA

Autorizo expresa e irrevocablemente a La Aseguradora para que, en caso de ser necesario pueda ceder la información proporcionada en este formulario, incluyendo datos de carácter personal, reconociendo y garantizando que la cesión de dichas informaciones por parte de La Aseguradora, sus empleados, directores y accionistas no conllevará violación de secreto profesional a los efectos del Artículo 377 del Código Penal, ni generará responsabilidad a los efectos del Artículo 1382 y siguientes del Código Civil. Tampoco supondrá una violación a los términos de la Ley 172-13 sobre la Protección de Datos de Carácter Personal. Por este medio renuncio expresa y formalmente al ejercicio de cualquier acción o demanda legal, manteniendo libre e indemne de toda reclamación a sus representantes, accionistas y demás causahabientes en virtud de las disposiciones del Artículo 1120 del Código Civil y de las disposiciones de la Ley 155-17, de 1 de junio de 2017 contra el Lavado de Activos y el Financiamiento del Terrorismo.

La Aseguradora, se reserva el derecho de solicitar información y documentos adicionales para dar cumplimiento a las normas de prevención de lavado de activos de las que sea sujeto obligado. En caso de que el solicitante no suministre las informaciones o documentos requeridos, La Aseguradora, se reserva el derecho de declinar o cancelar la póliza solicitada.

Fecha (DD MM AAAA)

Código del Corredor/Agente/Empleado que verifica el formulario

Firma del Tercero

Firma del Corredor/Agente/Empleado que verifica el formulario

# FORMULARIO DE CONOCIMIENTO

Información Persona Jurídica

(TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS)

Tipo de tercero:

Tomador  Asegurado  Beneficiario  Afianzado  Proveedor  Apoderado

Sucursal

## INFORMACIÓN BÁSICA

RNC	Razón Social	Nombre Comercial
Número Registro Mercantil	Fecha vencimiento de Registro Mercantil	

## DOMICILIO LEGAL (Información que aparece en Registro Mercantil)

Ciudad oficina legal	Provincia oficina legal	Teléfono	Correo electrónico
Dirección oficina legal			Sector

## DOMICILIO PRINCIPAL (Si es diferente al Domicilio Legal)

Ciudad oficina principal	Provincia oficina principal	Teléfono	Correo electrónico
Dirección oficina principal			Sector

Autorizo a La Aseguradora para que la información de todos mis productos sea enviada a la siguiente dirección:  Oficina Principal  Correo Electrónico  Domicilio Legal

## INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Privada	<input type="checkbox"/> Pública	Si es Mixta, detalle proporción:	<input type="checkbox"/> es ONG, favor indicar la procedencia de <input type="checkbox"/> los fondos que recibe esta organización
				Sector Privado	Sector Público
Sector	<input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Industrial	<input type="checkbox"/> Financiero	<input type="checkbox"/> Servicios	Mayores Donantes:
Tipo de Actividad <input type="checkbox"/> Agrícola <input type="checkbox"/> Informática <input type="checkbox"/> Alimentos <input type="checkbox"/> Cementos <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Petróleo <input type="checkbox"/> Educación <input type="checkbox"/> Telecomunicaciones <input type="checkbox"/> Farmacéutico <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Textiles <input type="checkbox"/> Metalmecánico <input type="checkbox"/> Construcción <input type="checkbox"/> Turismo <input type="checkbox"/> Químico <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál?					

## INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingresos anuales actividad principal  Menos de RD\$20 mm  RD\$20 a RD\$100 mm  RD\$100 a RD\$200 mm  RD\$200 a RD\$1,000 mm  RD\$1,000 a RD\$4,000 mm  Más de RD\$4,000 mm

Otros ingresos promedio mensual RD\$ aproximados.

Descripción actividad económica de otros ingresos (actividad secundaria)

## INFORMACIÓN BÁSICA REPRESENTANTE LEGAL / APODERADO LEGAL / AUTORIDAD CON FIRMA

Tipo de identificación <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> ID residencia	Número	Fecha vencimiento		
Nombres y apellidos (primero nombres, luego apellidos)				
Ciudad residencia	Provincia	País	Teléfono	Celular
Dirección residencia			Correo electrónico	
Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento		Nacionalidad

## IDENTIFICACIÓN BENEFICIARIO FINAL

Identificación de accionistas que tengan directa o indirectamente disponible el 20% o más del capital social, aporte o participación (utilice hoja aparte para relacionar adicionales).

Tipo de identificación <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> RNC <input type="checkbox"/> ID extranjero	Número	Razón social y/o nombres y apellidos (primero nombres, luego apellidos)
Tipo de identificación <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> RNC <input type="checkbox"/> ID extranjero	Número	Razón social y/o nombres y apellidos (primero nombres, luego apellidos)
Tipo de identificación <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> RNC <input type="checkbox"/> ID extranjero	Número	Razón social y/o nombres y apellidos (primero nombres, luego apellidos)

## SOLICITUD DE SEGURO

Ramo  Personas  Generales  Fianzas  Otro, especifique

---

**DECLARACIÓN DE VERACIDAD Y AUTORIZACIÓN DE VERIFICACIÓN Y CONSULTA DE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA**

Declaro bajo la fe del juramento, y bajo pena de perjurio, de forma libre, consciente, expresa y voluntaria que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera y completa, y que el seguro aquí solicitado no entrará en vigor mientras no sea aceptado por La Aseguradora.

Autorizo expresa e irrevocablemente a La Aseguradora, para que verifique y consulte toda la información proporcionada en este formulario en cuantas bases de datos, centros de información crediticia, o cualquier otra institución o empresa, locales o extranjeras, sea necesario, bajo el amparo de la Ley No. 172-13, del 15 de diciembre del 2013, sobre la Protección de Datos de Carácter Personal, y cualquier otra legislación aplicable.

**AUTORIZACIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y CESIÓN DE INFORMACIÓN SUMINISTRADA**

Autorizo expresa e irrevocablemente a La Aseguradora para que, en caso de ser necesario pueda ceder la información proporcionada en este formulario, incluyendo datos de carácter personal, reconociendo y garantizando que la cesión de dichas informaciones por parte de La Aseguradora, sus empleados, directores y accionistas no conllevará violación de secreto profesional a los efectos del Artículo 377 del Código Penal, ni generará responsabilidad a los efectos del Artículo 1382 y siguientes del Código Civil. Tampoco supondrá una violación a los términos de la Ley 172-13 sobre la Protección de Datos de Carácter Personal. Por este medio renuncio expresa y formalmente al ejercicio de cualquier acción o demanda legal, manteniendo libre e indemnizada de toda reclamación a sus representantes, accionistas y demás causahabientes en virtud de las disposiciones del Artículo 1120 del Código Civil y de las disposiciones de la Ley 155-17, de 1 de junio de 2017 contra el Lavado de Activos y el Financiamiento del Terrorismo. Asimismo, en pleno ejercicio de mis facultades y bajo mi total consentimiento extiendo esta autorización aún después de la disolución de la sociedad que represento, intención que deberá ser respetada y acatada por nuestros causahabientes.

La Aseguradora, se reserva el derecho de solicitar información y documentos adicionales para dar cumplimiento a las normas de prevención de lavado de activos de las que sea sujeto obligado. En caso de que el solicitante no suministre las informaciones o documentos requeridos, La Aseguradora, se reserva el derecho de declinar o cancelar la póliza solicitada.

---

Fecha (DD MM AAAA)

Firma del Representante Legal / Apoderado Legal / Autoridad con Firma

Código del Corredor/Agente/Empleado que verifica el formulario

Firma del Corredor/Agente/Empleado que verifica el formulario



## Solicitud de Ingreso y Certificado de Cobertura

### Seguro de Vida Deudor

Aplica para Seguro	Deudor	Co-Deudor
Vida	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Renta Hospitalaria	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Últimos Gastos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

#### Datos del préstamo

Préstamo NUM:	Nombre entidad financiera:	
RNC.:	Dirección de la Sucursal: Calle/NUM:	
Oficial:	Plazo del Préstamo:	Monto del Préstamo: RD\$
Fecha de desembolso: (Dia / Mes / Año)	Tipo de Préstamo: <input type="checkbox"/> Consumo <input type="checkbox"/> Hipotecario <input type="checkbox"/> Empresarial	

#### Datos del Deudor

Nombres:	Apellidos:			
Cedula/Pasaporte:	Fecha Nacimiento: (D/M/A):	Peso (Lbs):	Estatura (Pies-Pulg.):	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	Ocupación:	Teléfono:		

#### Datos del Co-Deudor

Nombres:	Apellidos:			
Cedula/Pasaporte:	Fecha Nacimiento: (D/M/A):	Peso (Lbs):	Estatura (Pies-Pulg.):	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	Ocupación:	Teléfono:		

#### Seguro de Últimos Gastos para Deudor (Préstamos menores a RD\$1,500,000)

Cantidad de dependientes: (Hijos / Cónyuge):

Límite de RD\$40,000 (Máximo 2 eventos por año).

# Seguros Ademi

## Beneficiarios Designados, en Caso de Fallecimiento del Deudor Asegurado (Aplica sólo para Últimos Gastos)

Nombres y Apellidos:			Sexo (M/F):	Cédula o Pasaporte:	Fecha de Nacimiento:
Parentesco:	Porcentaje:	Teléfono de Contacto:	Correo Electrónico:		
Nombres y Apellidos:			Sexo (M/F):	Cédula o Pasaporte:	Fecha de Nacimiento:
Parentesco:	Porcentaje:	Teléfono de Contacto:	Correo Electrónico:		
Nombres y Apellidos:			Sexo (M/F):	Cédula o Pasaporte:	Fecha de Nacimiento:
Parentesco:	Porcentaje:	Teléfono de Contacto:	Correo Electrónico:		
Nombres y Apellidos:			Sexo (M/F):	Cédula o Pasaporte:	Fecha de Nacimiento:
Parentesco:	Porcentaje:	Teléfono de Contacto:	Correo Electrónico:		
Nombres y Apellidos:			Sexo (M/F):	Cédula o Pasaporte:	Fecha de Nacimiento:
Parentesco:	Porcentaje:	Teléfono de Contacto:	Correo Electrónico:		

## Seguro de Renta Hospitalaria para Deudor RD\$1,100 diario, con Máximo de 30 Días

Declaración de Salud	Deudor	Co-Deudor
Marque con una "X" la respuesta según corresponda y de detalles completos en el cuadro que aparece al pie:		
1. ¿Ha padecido o está padeciendo de algunas enfermedades: corazón, Pulmones, ulceras, SIDA, diabetes, cáncer, riñones, presión arterial, taquicardias, trastorno del sistema genitourinario en general, enfermedades hepáticas, afecciones de la próstata (si es hombre), trastornos de los órganos femeninos (si es Mujer), desórdenes nerviosos o del sistema respiratorio?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
2. ¿Tuvo la necesidad de consultar un médico en los últimos 2 meses, a recibido una transfusión sanguínea o ha estado interno en algún hospital, clínica, sanatorio o centro de salud o está actualmente bajo un tratamiento médico?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

### Declaración de Salud

Marque con una "X" la respuesta según corresponda y de detalles completos en el cuadro que aparece al pie:

**1.** ¿Ha padecido o está padeciendo de algunas enfermedades: corazón, Pulmones, ulceras, SIDA, diabetes, cáncer, riñones, presión arterial, taquicardias, trastorno del sistema genitourinario en general, enfermedades hepáticas, afecciones de la próstata (si es hombre), trastornos de los órganos femeninos (si es Mujer), desordenes nerviosos o del sistema respiratorio?

Si  No  Si  No

**3.** ¿Tiene alguna deficiencia de órganos, miembros o sentidos, ha padecido o padece de alguna enfermedad condición de salud o lesión corporal o tiene algún defecto físico o deformidad?

Si  No  Si  No

**4.** ¿Practica usted deporte como profesión, carrera, rally, competencia o Deportes Extremos?

Si  No  Si  No

**5.** ¿Está usted actualmente embarazada (mujer) en caso afirmativo indicar tiempo de gestación y si su embarazo transcurre normalmente?

Si  No  Si  No

**6.** ¿Fuma?

En caso afirmativo, indicar cantidad de cigarrillo diarios y desde cuándo:

Si  No  Si  No

Si fumaba anteriormente, indicar cantidad de cigarrillos diarios y tiempo sin fumar:

**7.** ¿Consume bebidas alcohólicas?

En caso afirmativo frecuencia:

Si  No  Si  No

**8.** ¿Ha padecido de alguna otra enfermedad que no haya sido mencionada en las preguntas anteriores?

Si  No  Si  No

### Si ha contestado afirmativamente la pregunta anterior, especifique:

	Diagnóstico y Tratamiento	Nombre del Médico / Hospital	Fecha (Día / Mes / Año)
Deudor:			
Co-Deudor:			

### Convengo en lo siguiente:

**PRIMERO.** En esta solicitud la palabra Deudor o Codeudor se refiere al (los) Prestatarios (s) con un préstamo o facilidad crediticia en la entidad financiera o el contratante al dorso. En lo sucesivo, La Compañía se define como Seguros Ademi, S.A. El Seguro provisto a este certificado esta sujeto a todos los términos de la póliza maestra, la cual permite la Compañía al Acreedor se le provee de cobertura, en caso de fallecimiento, para el saldo del balance del préstamo correspondiente al capital pendiente de pago en la fecha de fallecimiento, sobre el cual se realizaran cargos de prima. El Deudor del préstamo es el asegurado y el Co-deudor el Co-asegurado.

**SEGUNDO.** Cualquier declaración o manifestación falsa u ocultación por parte mío en estas declaraciones, da derecho a la Compañía de anular la cobertura que derive de esta solicitud, siempre y cuando la falsedad u ocultación sea descubierta por la compañía posterior a la fecha de la solicitud.

**TERCERO.** La Compañía se reserva el derecho de aceptar o rechazar esta solicitud, o de aplicar recargo a la cobertura, en las condiciones que esta considere conveniente, así como ordenar mi examen por un facultativo, si lo estimare necesario.



**CUARTO.** Esta cobertura no se considera en vigor, en virtud de cualquier pago al contado que pueda hacer en relación con esta solicitud, o de otro modo, a menos y hasta tanto que la compañía actuando respecto de esta solicitud apruebe, debiendo pagarse su primera prima estando yo todavía en vida y en buen estado de salud.

**QUINTO.** Renuncio definitivamente, dentro de los límites legales, a favor mío o de toda persona que posea o reclame un interés en una póliza o certificado de seguro cualquiera expedido en atención a esta solicitud, a toda disposición legal que prohíba al médico, a toda persona que me haya examinado, o haya de examinarse, al revelar los datos aquí consignados por petición de la compañía. Autorizo, además, al médico, clínica o médico u otra persona que me haya atendido para que ofrezca a cualquier representante de Seguros Ademi, S.A. cualquier información que haya adquirido, incluyendo el historial obtenido y el diagnóstico hecho, así como la información crediticia necesaria para evaluar mi crédito. Esta información no será revelada bajo ninguna circunstancia a terceros, a excepción de los casos en los que las autoridades gubernamentales y/o judiciales competentes requieran dicha revelación amparados en una norma o ley aplicable.

**SEXTO.** La compañía no será responsable del pago de la reclamación, si mi muerte o la del co-deudor asegurado es causada por condiciones que se manifestaron en la fecha anterior de inicio de vigencia del seguro y que hubiesen requerido que, o a una persona prudente y razonable solicitase diagnóstico o tratamiento médico y que causare la muerte durante los veintes y cuatro (24) meses posteriores a la fecha de efectividad del seguro.

**SÉPTIMO.** Edad mínima de aceptación 18 años, edad máxima de ingreso 75 años y edad máxima de permanencia 80 años.

**OCTAVO.** Por lo anteriormente indicado, doy mi conformidad y aceptación a los estipulado en la póliza colectiva bajo la cual se me provee la cobertura.

---

Firma del Deudor

---

Firma del Deudor

---

Fecha

---

Fecha

---

Nombre de usuario / Firma y sello del Contratante

#### Para uso exclusivo de Seguros Ademi

Deudor	<input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Declinado	Firma:	Fecha:
Co-Deudor	<input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Declinado	Firma:	Fecha:

**Formulario para Personas con Hipertensión Arterial****Datos del solicitante**

NOMBRE COMPLETO

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)

**Datos del médico**

NOMBRE COMPLETO

DIRECCIÓN DEL MÉDICO (dd/mm/aaaa)

**Diagnóstico**

DIAGNÓSTICO

 Hipertensión esencial     Hipertensión secundaria     Hipertensión maligna

FECHA DEL DIAGNÓSTICO (dd/mm/aaaa)

FECHA ÚLTIMA CONSULTA (dd/mm/aaaa)

TALLA

PESO

libras

**MEDIDAS REALIZADAS EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS**

FECHA (dd/mm/aaaa)	MEDIDAS	
	SISTÓLICA	DIASTÓLICA

CAUSA INDETERMINADA     Sí     No

FECHA (dd/mm/aaaa)

SI ES HIPERTENSIÓN SECUNDARIA, INDIQUE LA CAUSA:

TRATAMIENTO ANTI- HIPERTENSIVO     Sí     No

FECHA (dd/mm/aaaa)

¿CUÁL?

¿AÚN PRESENTE?     Sí     No

FECHA (dd/mm/aaaa)

EN CASO NEGATIVO, INTERRUMPIDO DESDE

OTROS TRATAMIENTOS     Sí     No

FECHA (dd/mm/aaaa)

¿CUÁLES?

¿POR QUÉ?

**ECG\***

REPOSO		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	FECHA (dd/mm/aaaa)
<input type="checkbox"/> Normal*	<input checked="" type="checkbox"/> Anormal*	* Importante: Se requieren los últimos trazados electrocardiográficos realizados.	
ESFUERZO		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	FECHA (dd/mm/aaaa)
<input type="checkbox"/> Normal*	<input checked="" type="checkbox"/> Anormal*	* Importante: Se requieren los últimos trazados electrocardiográficos realizados.	
RETINOPATÍA HIPERTENSIVA O ARTERIOSCLERÓTICA		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	FECHA (dd/mm/aaaa)
FONDO DE OJO: GRADO			
ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA, CEREBROVASCULAR O PERIFÉRICA ANTES DE LOS 60 AÑOS EN LA HISTORIA FAMILIAR			
<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
FUMADOR	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	CIGARRILLOS	NÚMERO/DÍA

Garantizo que las declaraciones expuestas anteriormente son correctas y completas. Convengo que las mismas pasen a formar parte integrante de la solicitud de Seguro. Entiendo que este seguro no estará en vigor hasta que esta solicitud haya sido aceptada por La Compañía.

---

Firma del médico tratante

**POLIZA COLECTIVA DE SEGURO DE VIDA CREDITO CONDICIONES  
GENERALES**

**Artículo 1. Objeto del Seguro** El objeto de este seguro es ofrecer protección sobre el interés del contratante de la póliza y de las personas aseguradas en la misma, de acuerdo a las coberturas y límites indicados en el cuadro de beneficios, también llamado Condiciones Particulares.

En tal virtud, la presente póliza está conformada por las declaraciones hechas en la solicitud de seguro por el contratante y las personas aseguradas, por las Condiciones Particulares y Generales, y por los endosos que se adhieran a esta.

Para fines de este contrato donde se indique "La Compañía", se entenderá que se refiere a **Seguros Ademi, S. A.**; y donde se indique "El Acreedor", se entenderá que se refiere al contratante de la póliza.

**Artículo 2. Declaraciones del Contratante de la Póliza y de las Personas Aseguradas**

- 2.1 La veracidad de las declaraciones suscritas por el contratante en la propuesta de seguro y las contenidas en el formulario de solicitud de seguro de vida de las personas que solicitan el seguro, constituyen la condición de validez de esta póliza. Por tal razón, estas personas no deben omitir especificaciones relacionadas con los riesgos a suscribir.
- 2.2 Toda declaración falsa u omisión de circunstancias conocidas por el contratante o la persona asegurada, aun hecha de buena fe, que a juicio de peritos de La Compañía hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones, si La Compañía hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, provocará la invalidación de la indemnización a la persona asegurada, o al (a los) beneficiario(s), y en caso que aplique, se podrán anular los beneficios contratados para esa persona asegurada.
- 2.2.1. La Compañía acepta el seguro, y fija la prima basada en las declaraciones hechas por el asegurado, el asegurado principal o el tomador del seguro o contratante en la solicitud de seguro o en cualquier otro documento, de los cuales el asegurado, el asegurado principal, el tomador del seguro o contratante resulta solo y exclusivamente responsable. En consecuencia, el asegurado, el asegurado principal o el tomador del seguro o contratante, no debe 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.
- 2.2.2. El pago de la prima implica la aceptación expresa por parte del asegurado, el asegurado principal o el tomador del seguro o contratante, de las condiciones impresas y lo consignado en las declaraciones de la póliza, así como de todos los endosos efectuados a dicha póliza.

**Artículo 3. Personas Asegurables** Previa aprobación de La Compañía, pueden ser asegurables bajo esta póliza de vida crédito las personas que tienen una relación de cliente - deudor con el acreedor que es el contratante de la póliza.

**Artículo 4. Comienzo de la cobertura de Seguro con respecto a cada deudor**  
Todo deudor asegurable que desee incorporarse a esta póliza, deberá solicitarlo por escrito en la solicitud de seguro que a este efecto proporciona La Compañía, la cual deberá ser completada y remitida al departamento correspondiente, el cual evaluará y designará la fecha de inicio de cobertura para el deudor que solicita el seguro, en

caso de que este sea elegible y califique para fines de seguro.

La cobertura de seguro para cada deudor asegurado iniciara en la fecha en que la institución financiera o Acreedor realice el desembolso del préstamo, fecha en que se considera la formal deuda, y siempre que esta haya sido notificada a La Compañía y aprobada por esta.

Cuando apliquen pruebas de asegurabilidad de acuerdo a la "Tabla de Requisitos de Asegurabilidad", las mismas deberán ser presentadas a La Compañía antes de la fecha de inicio del seguro. La cobertura de seguro para el deudor no entrara en vigor hasta que se demuestre que las mismas son satisfactorias a La Compañía y que sean aprobadas por escrito por esta.

Durante la vigencia de esta póliza podrán incorporarse nuevos deudores asegurados. Para estos fines La Compañía deberá haber recibido y aceptado previamente una solicitud por escrito solicitando dicha inclusión, sin perjuicio del pago de la prima correspondiente. Los nuevos deudores asegurados tendrán cobertura a partir de la fecha en que dicha solicitud haya sido aprobada por La Compañía, en las condiciones establecidas por esta.

**Artículo 5. Inicio de la Cobertura** Esta póliza adquiere fuerza legal desde las cero (0) horas del día fijado como comienzo de su vigencia. Los vencimientos de los plazos se producirán a las cero (0) horas de igual día al del comienzo, y del mes y año que corresponda, de acuerdo con la frecuencia de facturación y pago de prima contratada.

**Artículo 6. Capitales Asegurados** El monto o suma asegurada con el que estará cubierta cada persona asegurada, será de acuerdo a solicitado por El Acreedor de la póliza, previamente aprobado por La Compañía, el cual estará indicado en el reporte de asegurados.

6.1 La cantidad de seguro sobre la vida de cada deudor asegurado bajo la presente póliza será igual al saldo pendiente del capital principal no vencido de la deuda, que en ningún caso será mayor a la suma original adeudada. Las cuotas de préstamo atrasadas en la fecha de ocurrencia del evento que origina la reclamación, quedan a cargo de El Acreedor de la póliza.

6.2 La cantidad máxima de seguro de vida por la cual cualquier deudor puede ser asegurado bajo las provisiones de esta póliza de forma automática, será la que está indicada en las Condiciones Particulares de la póliza o mediante Endoso, ya sea con respecto a una o cualquier número de deudas adicionales con El Acreedor, pudiendo éste solicitar un exceso de ese límite

6.3 El Acreedor puede solicitar un exceso de este límite de modo facultativo, cuando la suma adeudada para cualquier deudor o codeudor exceda la cantidad máxima de seguro especificada en esta cláusula.

6.4 El plazo máximo de los préstamos asegurados bajo esta póliza no deberá exceder del período expresado en meses o años indicado en las Condiciones Particulares de la póliza o mediante Endoso.

6.5 Para los casos de personas aseguradas que hayan efectuado amortizaciones al capital, La Compañía pagará, en caso de su fallecimiento, el capital pendiente de pago que hubiese quedado insoluto. Por el contrario, si la persona asegurada no efectuó amortización alguna al capital, La Compañía deducirá el pago de las cuotas de préstamo que debieron estar saldadas en la fecha del fallecimiento, y pagará el capital pendiente de pago que quedará insoluto.

**Artículo 7. Coberturas** Esta póliza cubre la vida de los deudores de El Acreedor en cada préstamo financiero en la forma que se establece más adelante, excepto aquellos cuya evidencia de asegurabilidad no sea satisfactoria a La Compañía.

La cantidad de seguro en vigor aquí estipulado sobre la vida de cualquier deudor, será pagada a El Acreedor que es el contratante de la póliza, y tal pago será aplicado por El Acreedor para reducir o cancelar la deuda pendiente del deudor en el momento de su fallecimiento, de acuerdo a las condiciones establecidas en la póliza.

Siempre que estén nombradas en las Condiciones Particulares, Certificado de Cobertura, Reporte de Asegurados o en un Endoso emitido para tales fines, y que se haya pagado la prima que corresponda a cada una de ellas, las coberturas que se pueden contratar bajo esta póliza son:

- 7.1 **Fallecimiento:** Siempre que se cumplan con las disposiciones establecidas en este contrato póliza, al ocurrir el fallecimiento del deudor asegurado, a consecuencia de enfermedad o accidente, La Compañía se compromete en pagar a El Acreedor de la póliza la suma asegurada en esta cobertura, de acuerdo a como se establece en la Cláusula 'Cantidades Aseguradas', indicadas en las Condiciones Particulares.

En caso de que un préstamo sea contratado por dos personas, cada una de ellas, luego de cumplir con los requisitos de la póliza será considerada como deudor y como tal tendrá los privilegios que le concede y estará sujeto a todas las condiciones que le impone la misma. En estos casos el seguro se emite con respecto a cada uno de los deudores y la cantidad de seguro es pagadera al fallecimiento del primero de ellos. En caso de que ambos deudores fallezcan en el mismo evento, solo se pagará la suma asegurada sobre el deudor principal.

- 7.2 **Pago Anticipado del Capital por Incapacidad Total y permanente –PACI–:** Siempre que se cumplan con las disposiciones establecidas en este contrato póliza, al ocurrir la incapacidad total y permanente del deudor asegurado, a consecuencia de enfermedad o accidente, La Compañía se compromete en pagar a esta la suma asegurada indicada para esta cobertura en calidad de pago anticipado de la suma asegurada indicada en la cobertura de Fallecimiento. En adición a otras causas de incapacidad total y permanente, también se considera como tal la pérdida total e irreversible de la vista de ambos ojos, la amputación de ambas manos o de ambos pies, y la amputación de toda una mano y de todo un pie.

Para que el deudor asegurado sea elegible para recibir el pago de esta cobertura, la incapacidad total y permanente debe ocurrir antes de que este cumpla la edad de sesenta (60) años. Al ser diagnosticada dicha incapacidad, la misma debe permanecer luego de haber transcurrido seis (6) meses consecutivos contados a

partir de la fecha del diagnóstico. Cumplido este plazo y habiendo permanecido la incapacidad total y permanente, La Compañía podrá iniciar con el pago de las mensualidades correspondientes.

El pago de esta cobertura será entregado a El Acreedor de la póliza en veinticuatro (24) cuotas, pagadas en forma mensual, por el mismo valor y de forma consecutiva. Si en el transcurso del pago de estas cuotas La Compañía determina que el deudor asegurado recupera su capacidad productiva y laboral, La Compañía suspenderá inmediatamente el pago de las mensualidades, luego de la revisión y evaluación del caso por parte del asesor médico de La Compañía.

En caso de que el deudor asegurado que haya sufrido la incapacidad total y permanente recupere su capacidad laboral antes de recibir el total de las veinticuatro (24) cuotas, este tiene derecho a continuar asegurado en la póliza por el valor restante de la deuda pendiente con la institución financiera o la empresa que facilitó el préstamo.

Al iniciarse el pago de la suma asegurada bajo esta cobertura, quedarán suspendidas las demás coberturas que hayan sido contratadas en esta póliza para el deudor asegurado.

La Compañía se reserva el derecho de requerir nuevas pruebas de evidencia de continuación de incapacidad total y permanente del deudor asegurado sobre el cual se está pagando la reclamación.

Esta cobertura termina de forma automática al cumplir el deudor la edad de sesenta (60) años.

- 7.3 **Otras Coberturas** Previo a la aprobación de La Compañía, podrán incorporarse nuevas coberturas a la presente póliza, siempre que así se especifique mediante endoso y se cobre la prima correspondiente.

**Artículo 8. Elegibilidad** Sin perjuicio a las demás disposiciones de asegurabilidad de La Compañía, podrán asegurarse bajo la presente póliza, los deudores que cumplan con los siguientes rangos de edades:

- Fallecimiento: edad íntima de ingreso 18 años / edad máxima de ingreso 65 años / edad máxima de permanencia en el seguro 70 años.
- Pago Anticipado del Capital por Incapacidad Total y Permanente: edad mínima de ingreso 18 años / edad máxima de ingreso 59 años / edad máxima de permanencia en el seguro 60 años.

#### **Artículo 9. Primas**

- 9.1 **Calculo de las Primas de Seguro** Las primas a facturar bajo la presente póliza serán calculadas de acuerdo a:

- (a) La tarifa por millar que corresponda y que haya sido indicada por La Compañía de acuerdo al plazo del préstamo, para el esquema de Prima Única, para un deudor o para dos deudores es, aplicada esta sobre la suma asegurada para cada cobertura.
- (b) La tarifa por millar que corresponda y que haya sido indicada por La Compañía de

acuerdo a la edad del deudor más el al plazo del préstamo, para el esquema de Prima Mensual, para un deudor o para dos deudores, aplicada esta sobre la suma asegurada para cada cobertura.

Para los casos indicados anteriormente, la tarifa a aplicar estará indicada en las Condiciones Particulares de la póliza o mediante endoso. La prima total que vencerá en la fecha de vigencia de la presente póliza, y en los aniversarios o mensualidades en que la misma sea renovada o facturada, será aquella que resulte de aplicar en cada fecha la tarifa de prima a cada suma asegurada que esté relacionada con el valor adeudado.

En función de los resultados de la evaluación, La Compañía se reserva el de derecho de aceptar deudores con tipos de prima superiores a los aquí indicados (casos extra-prima dos), dependiendo de su estado de salud y/o ocupación.

Las primas que corresponda n a los seguros nuevos o aumentos de cantidades, se computarán a partir del próximo vencimiento de prima mensual, siempre que estos hayan sido previamente aprobados por La Compañía. En el caso de seguros terminados durante cualquier mes, las primas cesarán a partir del próximo vencimiento de prima mensual.

Para cantidades de seguro superiores al máximo estipulado en la póliza, La Compañía se reserva el derecho de utilizar tarifas por millar diferentes a los anteriores, basándose entonces en su tarifa vigente para este tipo de seguro, tomando como base las normas vigentes de suscripción en La Compañía y la nueva suma a asegurar.

La Compañía se reserva el derecho de modificar las tarifas, dando aviso a El Acreedor contratante de la póliza con por lo menos treinta (30) días de anticipación.

9.2.1 **Pago de las Primas de Seguro:** La primera prima es pagadera cien por ciento (100%) y por adelantado en cualquiera de las oficinas de La Compañía. El Acreedor contratante de la póliza es responsable del pago de las primas conforme los términos acordados, sujeto esto a las normas de suscripción vigentes de La Compañía.

9.2.2 Las primas siguientes a la primera son pagaderas dentro de los próximos quince (15) días siguientes a su vencimiento como se indica en el párrafo anterior, conforme resulten del reporte de asegurados de cada facturación, y solamente a cambio de recibos de pagos emitidos por La Compañía y que lleve la firma de la persona o entidad cobradora autorizada.

9.2.3 El pago de cualquier prima no mantendrá la póliza en vigor más allá de la próxima fecha de vencimiento.

9.3.1 **Plazo de Gracia;** Se concede un plazo de gracia de treinta (30) días calendario para el pago de todas las primas vencidas en la última facturación. Durante ese plazo esta póliza permanecerá en vigor, y si dentro del mismo ocurriera el fallecimiento de una o más de las personas aseguradas, la prima correspondiente al seguro de los fallecidos deberá ser pagada por El Acreedor contratante de la póliza junto con la de los asegurados sobrevivientes; en caso contrario, la prima pendiente será

deducida del importe del seguro.

- 9.3.2 Para el pago de la primera prima, el plazo de gracia se computará a partir de la fecha de inicio de vigencia de esta póliza; para el pago de las primas subsiguientes, dicho plazo de gracia se computará a partir de las respectivas fechas de vencimiento estipuladas en las condiciones particulares de esta póliza.
- 9.3.3 Si la prima no se pagare dentro del plazo de gracia, esta póliza quedará rescindida automáticamente y de pleno derecho sin ninguna interpellación previa. En tal caso El Acreedor contratante de la póliza adeudará a La Compañía la prima vencida correspondiente al mes de gracia.

#### **Artículo 10. Condiciones Generales**

- 10.1 **Registro.** La Compañía constituirá un registro, en el cual constarán los nombres de todos los deudores asegurados y el importe del seguro de cada uno de ellos. La Compañía entregará a El Acreedor una copia del citado registro, puesto al día de la fecha de inicio de vigencia de esta póliza, así como copia de las variaciones que sucesivamente se vayan introduciendo en dicho registro.
- 10.2 **Denuncias y Declaraciones.** El acreedor contratante de la póliza o el deudor El Acreedor contratante de la póliza o el deudor asegurado, pierden el derecho a ser indemnizados si dejan de cumplir maliciosamente el suministro de la información necesaria, o exageran fraudulentamente los daños o emplean pruebas falsas para acreditarlos. Las denuncias y declaraciones impuestas por la ley o por este contrato se consideran cumplidas si se expiden dentro del término fijado. Las partes incurren en mora por el mero vencimiento del plazo.
- 10.3 **Edad errónea.** La Compañía podrá impugnar en cualquier momento los beneficios pagaderos bajo esta póliza, siempre que se demuestre a través del documento oficial de identidad que la persona asegurada excedía la edad límite de ingreso al seguro, de acuerdo a lo indicado en la cláusula de "Elegibilidad. En tal virtud, La Compañía podrá por este motivo rescindir la cobertura de seguro para un deudor asegurado, limitándose su responsabilidad a la devolución de las primas pagadas.
- 10.4 **Certificados Individuales.** La Compañía, a solicitud de El Acreedor contratante de la póliza, podrá proporcionar a cada persona asegurada, un certificado de cobertura individual donde se indiquen las características básicas de la póliza estableciendo los beneficios a que tiene derecho, y en el cual constará también las sumas aseguradas, la fecha de entrada en vigor de la cobertura, entre otros.
- 10.5 **Duplicado de Póliza.** En caso de que, por extravío, destrucción o cualquier otra causa, ésta póliza dejare de hallar se en poder de El Acreedor contratante, este podrá obtener su sustitución por un duplicado si lo solicitan por escrito, indicando como tuvo lugar la desposesión.
- 10.6 **Modificaciones.** Las Condiciones Generales y Particular es de esta póliza sólo pueden modificarse mediante endoso y previo acuerdo de La Compañía y de El Acreedor con tratante. Esta modificación no perjudicará ninguna reclamación que haya ocurrido con anterioridad a la fecha del cambio. En consecuencia, ni los intermediarios, ni cualquier otra persona o entidad tiene facultad alguna para hacer concesiones o modificaciones.

10.6.1 Los aumentos en la suma asegurada y que no estuvieran pre vistos en forma automática, estarán sujetos a que el deudor asegurado presente pruebas de asegurabilidad satisfactorias para La Compañía.

10.6.2 Ninguna modificación realizada en esta póliza será válida a menos que exista el endoso correspondiente firmado por la persona autorizada por La Compañía para tales fines.

- 10.7 **Reportes.** El Acreedor reportará mensualmente a La Compañía la relación de todos los préstamos desembolsados en el transcurso del mes calendario, proporcionando los datos solicitados por La Compañía de acuerdo al formato requerido por esta, junto a una copia de las solicitudes de seguro – certificados debidamente completados y firmados por cada deudor.

De igual forma mensualmente El Acreedor contratante reportara a La Compañía las cancelaciones, cambios, aumentos del seguro inicial, conjuntamente con los datos necesarios para determinar las primas de esta póliza.

- 10.8 **Derecho de Inspección.** La Compañía tendrá acceso a los registros de El Acreedor para verificar y obtener información relativa a este seguro. A través de sus representantes autorizados podrá inspeccionar en cualquiera de las oficinas de El Acreedor, cuando lo estime razonable, todos los libros y registros relacionados con este seguro.

- 10.9 **Beneficiario.** Los beneficios de esta póliza sobre reclamaciones relacionadas con cualquier deudor asegurado serán pagados únicamente a El Acreedor o contratante de la misma.

- 10.10 **Suicidio.** En caso de suicidio, estando o no el deudor asegurado en su cabal juicio, dentro de dos (2) años a partir de la fecha de la póliza, o de la fecha efectiva individual de cada deudor asegurado, en caso de que este haya sido incluido posterior a la fecha de emisión de la póliza, La Compañía no pagará ninguna reclamación que surja como consecuencia de suicidio o tentativa de suicidio, siempre y cuando ocurra dentro del plazo indicado. Este periodo también aplica para incrementos de sumas aseguradas.

- 10.11 **Período de Indisputabilidad.** Esta póliza podrá ser disputable por omisión e inexacta declaración de los hechos que sirvieron de base para la expedición de la misma, para su rehabilitación, para la inclusión de un deudor asegurado o para otorgar un incremento en la suma asegurada no estipulado en el contrato original. La disputabilidad aplica durante los primeros dos años de emisión de la póliza, de su última rehabilitación, de la inclusión de un deudor asegurado, o del incremento de la suma asegurada.

La póliza quedará automáticamente rescindida en caso de que La Compañía obtenga pruebas de omisión o inexacta declaración de los hechos que sirvieron de base para la expedición de la misma, para su rehabilitación, para la inclusión de un deudor asegurado o para el otorgamiento del incremento en suma asegurada, limitándose la responsabilidad de La Compañía a devolver la prima.

El período de indisputabilidad aplica exclusivamente para la cobertura básica de vida o fallecimiento. Las coberturas complementarias que se incluyan en la póliza, serán disputadas durante toda la vigencia de la misma.

- 10.12 **Rescisión del Seguro Individual.** El seguro individual para cada deudor asegurado

caducará en los siguientes casos:

- a. Al ocurrir el fallecimiento del deudor asegurado.
- b. Cuando el deudor asegurado alcanza la edad máxima de permanencia indicada en la cláusula de elegibilidad y en las condiciones particulares de la póliza.
- c. A solicitud de El Acreedor contratante de la póliza.
- d. Por cancelación del préstamo de parte del deudor asegurado.
- e. Por la falta de pago de prima de parte de El Acreedor contratante de la póliza, vencido el plazo de gracia.
- f. Al terminar la vigencia de la póliza, y no renovarse a solicitud de una de las partes.
- g. Por la rescisión de esta póliza.

El Acreedor contratante de la póliza está obligado a reportar a La Compañía las salidas de personas aseguradas bajo la póliza, cada vez que un deudor asegurado salda el préstamo que originó el interés asegurable.

En cualquier caso, de rescisión de esta póliza, caducarán simultáneamente todos los seguros individuales cubiertos por la misma, salvo las obligaciones de las reclamaciones pendientes a cargo de La Compañía en ese momento.

**10.13 Renovación del seguro con respecto a cada Deudor.** Este seguro no es renovable automáticamente con respecto a cada deudor. No obstante, podrá extenderse el plazo original pactado para un deudor, a petición de El Acreedor y con previa autorización de La Compañía, si el deudor al venimiento de la fecha estipulada de cobertura original aún mantiene deuda pendiente con El Acreedor, y este continúa pagando mensualmente la prima correspondiente.

**10.14 Rehabilitación.** El Acreedor contratante de la póliza podrá solicitar a La Compañía rehabilitar el contrato completo, o la re-inclusión de un deudor asegurado, cuando la póliza haya sido cancelada o caducada, o haya sido excluido un deudor que estuvo asegurado, siempre que esta solicitud se presente por escrito en las oficinas de La Compañía dentro del plazo de tres (3) meses contados a partir de la fecha en que se hizo efectiva la cancelación o exclusión.

La Compañía podrá solicitar los documentos de evidencia de asegurabilidad que considere necesarios, reservándose ésta el derecho de aceptar o declinar la solicitud de rehabilitación.

**10.15 Moneda.** Los pagos relacionados con este contrato póliza serán realizados en moneda de curso legal en República Dominicana. En caso de que las coberturas hayan sido contratadas en moneda extranjera, los pagos de reclamaciones relacionados con esta se realizaran en la moneda acordada.

**10.16 Exámenes.** La Compañía se reserva el derecho de realizar cuando y tantas veces sea necesario, un reconocimiento o examen médico al deudor asegurado. En caso de fallecimiento, investigar la causa del fallecimiento, de solicitar una exhumación del cadáver y de realizar una autopsia. En cada incapacidad total y permanente, investigar la causa de la incapacidad, solicitar los informes y pruebas médicas de diagnóstico y laboratorio, y de realizar un reconocimiento médico al deudor asegurado por parte del médico de La Compañía

**10.17 Liquidación por Fallecimiento.** Ocurrido el fallecimiento del deudor asegurado

estando esta póliza en vigor, La Compañía efectuará el pago a El Acreedor contratante del capital que corresponda, después de ser recibidos y aprobados en el departamento correspondiente, los documentos requeridos y que deberán anexarse a la carta de reclamo que será entregada a La Compañía y cualesquiera otros documentos que ésta considere necesarios.

- 10.18 **Prescripción.** Se establece una prescripción extintiva de dos (2) años contados a partir de la fecha de ocurrencia del siniestro, a partir de la cual no podrá iniciarse ninguna acción contra La Compañía, exceptuando el caso en que dentro de este plazo haya sido tramitada una acción judicial relacionada con la reclamación.
- 10.19 **Cesiones.** Los derechos que esta póliza confiere son intransferibles, toda cesión o transferencia se considerará nula y sin efecto alguno.
- 10.20 **Cargo Automático.** El Acreedor contratante de la póliza puede autorizar a La Compañía realizar el cargo automático a su tarjeta de crédito, débito o cuenta para fines de pago de la prima de seguro reflejada en las facturas. La Compañía realizará el procedimiento necesario para cobrar la prima pendiente de pago, sin embargo, en caso de que esta realice intentos de cobro en la cuenta y en la fecha a cordada con el contratante de la póliza, y en dicha fecha no existan fondos disponibles o suficientes, La Compañía tendrá la opción, no la obligación, de comunicárselo al contratante de la póliza para iniciar una nueva gestión de cobro con la finalidad de que este salde el balance pendiente en las oficinas de La Compañía.
- 10.21 **Información de Crédito.** El Acreedor contratante de la póliza autoriza a La Compañía a que esta investigue y suministre a los centros de información crediticia las informaciones relacionadas con su historial de crédito, siempre que estas gestiones estén relacionadas con esta póliza.
- 10.22 **Información Médica.** Los deudores asegurados autorizan a los médicos, empleados de hospital, clínica o consultorio, o a cualquier otra persona que le haya atendido, consultado u ofrecido un servicio médico, a que faciliten y suministren a La Compañía las informaciones que esta requiera en cualquier momento y que estén relacionadas con los servicios de salud recibidos y su historial médico.
- 10.23 **Contribuciones e Impuestos.** Los impuestos, las tasas y/o cualquier otra contribución actualmente en vigor, así como sus aumentos eventuales y los que pudieran crearse en lo sucesivo que graven las primas de seguros o las sumas aseguradas, serán a cargo de El Acreedor contratante de la póliza, y de los deudores asegurados, salvo aquellos que por expresa disposición de la ley estuviese prohibido hacerlos gravitar sobre las personas mencionadas.
- 10.24 **Comunicaciones.** Las comunicaciones que El Acreedor contratante o deudor asegurado deseen realizar deben ser remitidas al domicilio de La Compañía, ya sea en su oficina principal o en cualquiera de sus oficinas sucursales o regionales, pudiendo ser realizadas por El Acreedor contratante o por el intermediario de seguros, a menos que exista una indicación que especifique lo contrario.
  - 10.24.1 Las comunicaciones que dirija La Compañía a El Acreedor contratante de la póliza o a los deudores asegurados, deben ser remitidas al domicilio del Acreedor contratante indicado en la póliza para tales fines.

- 10.24.2 La Compañía, El Acreedor contratante de la póliza y el intermediario aprueban como válidas las comunicaciones realizadas a través de correos electrónicos, siempre que sea posible su impresión y que las direcciones electrónicas de las partes involucradas se hagan constar mediante endoso, o por lo menos, que figuren de forma impresa las direcciones de los participantes.
- 10.25 **Errores u Omisiones.** Cualquier omisión o error de buena fe con respecto a la declaración de cada deudor no invalidará la póliza excepto cuando tal error u omisión modifique la aceptación de La Compañía en las bases previamente establecidas. El Acreedor se comprometerá a informar a La Compañía de tales errores u omisiones tan pronto como se dé cuenta de los mismos, y demostrando con documentos válidos el error u o misión, haciendo La Compañía el ajuste de primas que pudiera conllevar la corrección.
- 10.26 **Clausulas no Impresas.** Cualquier condición que La Compañía agregue de acuerdo con El Acreedor contratante, ya sea en el cuerpo de la presente póliza o por carta o endoso, tendrá la misma validez de las condiciones aquí establecidas. En caso de contradicción entre unas y otras, prevalecerán las cláusulas que se agreguen a esta póliza.
- 10.27 **Ejecución del Contrato.** Las relaciones entre La Compañía y los deudores asegurados, se desenvolverán siempre por intermedio de El Acreedor contratante de la póliza. Conforme a ello, El Acreedor contratante efectuará a La Compañía el pago de las primas, y cobrará a los deudores de la póliza la parte que corresponda, en caso de que aplique.
- 10.28 **Coaseguradores.** En caso de que esta póliza haya sido suscrita distribuyendo el riesgo entre varias aseguradoras, se acuerda que todas las compañías aseguradoras que participen en la misma se acogerán al endoso de coaseguro emitido para estos fines.
- 10.29 **Cancelación de la Póliza.** Esta póliza podrá ser cancelada:
- En cualquier momento por La Compañía por falta de pago de la prima por parte de El Acreedor contratante.
  - En cualquier momento por La Compañía, en caso de que se demuestre falsa declaración, fraude o dolo por parte de El Acreedor contratante de la póliza.
  - El Acreedor contratante puede rescindir el contrato póliza sin limitación alguna después del primer período del seguro, pudiendo hacerlo también La Compañía en cualquier vencimiento de prima, mediante previo aviso para ambas partes remitido este con por lo menos treinta (30) días de anticipación a la fecha en que esta rescisión se hará efectiva. El contrato se juzgará rescindido si no se paga la prima en los términos convenidos, teniendo el Acreedor contratante de la póliza que saldar a La Compañía la prima consumida y pendiente de pago.
- Si la cancelación fuere solicitada por El Acreedor contratante de la póliza, y la prima facturada fuera por períodos trimestrales, semestrales o anuales, 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.



La terminación de esta póliza por cualquier causa automáticamente termina todos los seguros en vigor en ese momento.

**Competencia y Domicilio.** Las denuncias, declaraciones y demás actos que Las Partes deben efectuar de conformidad con la Ley, o con la presente póliza, se harán en forma expresa y fehaciente en el domicilio declarado en las condiciones particulares o al que posteriormente se declare. Toda controversia judicial que se plantee con relación a esta póliza será dirimida ante los tribunales ordinarios competentes de la jurisdicción del domicilio de La Compañía.

**Solución de Conflictos.** Sin perjuicio de las atribuciones que le confiere la Ley No.146-02 Sobre Seguros y Fianzas de la República Dominicana al Superintendente de Seguros para resolver en primera instancia las controversias en su área de incumbencia que susciten entre las personas aseguradas y las compañías aseguradoras, las partes de común acuerdo se obligan a someter cualquier controversia o reclamación que surja en relación a este contrato, al arbitraje en base a la Ley 50-87 y el Reglamento de Arbitraje de la Cámara de Comercio y producción de Santo Domingo, Inc. El eventual laudo arbitral será final e inapelable y podrá ser ejecutado por la parte gananciosa.

**Ley de Las Partes.** El presente contrato que da sujeto a las disposiciones de la ley de seguros vigente y a las de esta póliza.

## Artículo 11. Definiciones

- 11.1 **Acreedor Contratante.** Es el propietario de la póliza, o la persona que solicita el seguro ya sea para sí mismo como persona asegurada o a favor de un tercero, que puede ser en calidad de cliente deudor, y sobre la cual recae el pago de la prima. En la póliza colectiva de vida crédito e hipotecario, es quien tiene los derechos sobre la misma sin necesidad de contar con la aprobación de los deudores o personas aseguradas.
- 11.2 **Deudor Asegurado o Persona Asegurada.** El término **Deudor**, como se usa en esta póliza, significa cualquier individuo que clasifique para un préstamo y que haya completado con los requisitos del contrato de préstamo firmado con el Acreedor, las evidencias de asegurabilidad requeridas por La Compañía. El deudor asegurado, es aquel que es nombrado en el reporte de personas aseguradas, o mediante endoso, y sobre quien se otorga la cobertura contratada en la póliza.
- 11.3 **Solicitante.** Significa cualquier persona que requiere seguro y que todavía no ha sido aprobado como Deudor, según se define en esta póliza.
- 11.4 **Grupo Asegurable.** Las personas que están relacionadas con el Acreedor contratante de la póliza en calidad de deudor, ya sean clientes, asociados o empleados.

- 11.5 **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 sirve para probar los derechos y obligaciones del deudor asegurado o El Acreedor contratante del seguro y el asegurador.
- 11.6 **Condiciones Particulares.** Documento de la póliza en el cual se describen los datos principales de El Acreedor contratante, la vigencia del contrato, las coberturas, las sumas aseguradas, las primas y tarifas, la firma autorizada y cualquier otro dato mediante el cual se particularice (n) el (los) riesgo (s) asumidos por La Compañía.
- 11.7 **Endoso o Anexo.** 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.
- 11.8 **Suma Asegurada.** Valor atribuido por el Acreedor contratante del seguro al objeto del seguro, y cuyo importe es la cantidad máxima que está obligada a pagar La Compañía en caso de reclamación.
- 11.9 **Prima.** Es el precio del seguro relacionado con las coberturas contratadas, el cual está obligado a pagar El Acreedor con tratante de la póliza, siendo el pago del mismo lo que otorga validez a este contrato.
- 11.10 **Fallecimiento.** La pérdida de la vida del deudor o persona asegurada.
- 11.11 **Enfermedad, lesión o condición pre-existente.** Enfermedad, condición, dolencia o padecimiento originada antes del inicio de vigencia de la cobertura para cada deudor o 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 solicitud.
- 11.12 **Invalidez Total y Permanente.** Significa que el deudor o persona asegurada se encuentra incapacitado total y permanentemente ya sea por lesiones ocasionadas por un accidente o por una enfermedad, que no le permiten realizar trabajo lucrativo, o dedicarse a otra actividad de la que pueda obtener alguna utilidad.
- 11.13 **Tomador del seguro,** también llamado contratante, es la persona que estipula el contrato de seguro y firma la póliza, asumiendo las obligaciones que ésta le impone, fundamentalmente pagar la prima.

## **Artículo 12. Exclusiones Generales**

La Compañía no está obligada a pagar la indemnización en los siguientes casos:

Fallecimiento o incapacidad total y permanente causado por enfermedad, lesión o condición preexistente, originada antes del inicio de vigencia de la cobertura para cada deudor asegurado, su último aumento o inclusión de beneficios, o de su última rehabilitación, estando ésta en conocimiento o no de la misma, declaradas o no en la solicitud de seguro, existiendo o no dicha solicitud, siempre que este ocurra dentro de los dos (2) primeros años de cobertura.

Suicidio provocado dentro de los dos (2) primeros años de cobertura para cada

deudor asegurado, su último aumento, inclusión de beneficios o de su última rehabilitación.

Cuando el deudor asegurado fallezca o sufra cualquier lesión por accidente o por cualquier enfermedad a con secuencia de guerra, invasión, hostilidades u operación es similares a guerra (declarada o no), guerra civil, rebelión, motín, huelgas, revolución, duelos, de saños, riñas, arreglo de cuentas, actos de terrorismo, cualquier acto notoriamente peligroso o delictivo, homicidio relacionado con un acto delictivo o ilegal, violación a la Ley. Confiscación o nacionalización promovida por orden de cualquier gobierno o autoridad pública o local, o cualquier acto de cualquier persona actuando en nombre o en conexión con cualquier organización con actividades dirigidas al derrocamiento por la fuerza de su gobierno "de jure" o "de facto", o a influenciar lo dicho por terrorismo, sabotaje o violencia.

Las lesiones y accidentes causados o provocados intencionalmente por el deudor asegurado; el suicidio o intento de suicidio, aún esta se encuentre en estado de enajenación mental.

Cualquier tipo de actividad o deporte que practique el deudor asegurado como profesional o aficionado y que lo expongan a peligroso o riesgo, inclusive pero no limitado a pruebas o carreras de velocidad, carreras de motocicleta, competencia, exhibición, prueba, pruebas de resistencia, tentativa de record, rally, u otros deportes motorizados, sin ser limitativo. Cuando la persona asegurada se dedique o practique deportes submarinos, de invierno, fútbol, polo, o caza. Paracaidismo, alpinismo, cuando se necesite el uso de guías o cuerdas, o deportes invernales. Acciones o actividades militares o policiales, de seguridad o de bombero.

Cualquier lesión causada por la fusión o fisión nuclear, reacciones nucleares, radiación, contaminación. Epidemias declaradas por las autoridades competentes.

Cualquier veneno, gas o vapor, ingerido o inhalado voluntaria o involuntariamente por el deudor asegurado. Postración por calor o insolación, congelación y otros efectos de la temperatura o presión atmosférica, a menos que la persona asegurada esté expuesta a ellas por consecuencia de un accidente cubierto bajo esta póliza de seguro.

Fallecimiento o incapacidad ocasionada a consecuencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –SIDA-, virus del VIH o cualquier otro desorden inmunológico, quedando limitada la responsabilidad de La Compañía únicamente al reembolso de las primas pagadas por el deudor asegurado.

Mientras el deudor asegurado se encuentre conduciendo o prestando servicios en cualquier aparato público o vehículo aéreo, excepto como pasajero provisto de ticket en una nave aérea operada por una línea comercial regular.

Accidente o enfermedad que ocurra mientras el deudor asegurado se encuentre bajo el efecto del alcohol o cualquier droga. Los que sobre vengan a la persona asegurada en estado de perturbación o enfermedad mental, sonambulismo, desorden nervioso o curas de reposo.



Que el deudor asegurado se haya incapacitado o antes de iniciar la cobertura de seguro en La Compañía.