

CONDICIONES GENERALES.

DESEMPLEO INVOLUNTARIO / INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL POR ACCIDENTE

ARTICULO 1.- LEY DE LAS PARTES CONTRATANTES

La presente Póliza queda sujeta a las disposiciones de la Ley de Seguros Privados vigente en la República Dominicana y a las de esta póliza.

ARTICULO 2.- CONTRATO Y CONTRATANTE

Para los efectos de este Contrato Póliza, El Contratante es la Institución Financiera, en consecuencia, es la única entidad que puede solicitarle a La Compañía cualquier modificación sobre la misma. Toda eventual modificación deberá realizarse mediante Endoso y mediante acuerdo entre el Contratante y La Compañía.

Estas Condiciones Generales, el Certificado de Seguro, las Condiciones Particulares o Declaración, y los Endosos que se expidieren a ésta última constituyen la Póliza entre Seguros ADEMI S. A, (En adelante denominada como La Compañía), y la entidad financiera contratante de la póliza (En lo adelante denominada El Contratante).

Salvo las disposiciones establecidas en las Ley 146-02, ninguna entidad o persona está autorizada para alterar o enmendar esta póliza, ni para renunciar a cualquier condición o restricción contenida en la misma, para prorrogar el período para el pago de Prima ni comprometer a La Compañía por medio de promesa o representación. Ninguna modificación en esta póliza será válida a menos que exista un endoso correspondiente firmado por un funcionario debidamente autorizado para tales fines por La Compañía.

Queda expresamente entendido que Seguros ADEMI,S.A., ha sido la compañía con la cual El Asegurado adquiere la póliza de seguros y será esta quien asuma, sin limitación alguna, toda responsabilidad en todo lo relacionado con el riesgo cubierto por esta póliza, por lo que El Asegurado libera a El Contratante de cualquier responsabilidad en este sentido y tanto La Compañía como El Asegurado, al aceptar la póliza, asumen la obligación de mantener a El Contratante libre e indemne de cualquier reclamación y responsabilidad, renunciando a cualquier acción en contra de El Contratante por la ejecución de la póliza contratada, al reconocer que esta entidad solo sirve como enlace entre El Asegurado y La Compañía para la realización del pago de la prima correspondiente a este producto

ARTÍCULO 3.- DEFINICIONES

3.1. Deudor- Asegurado.

Para los efectos del presente Contrato Póliza, se considerará como toda persona que en su condición de Cliente-Deudor de El Contratante, haya solicitado, o aceptado de forma voluntaria, el seguro de Protección de Crédito, en las oficinas de El Contratante o por contacto telefónico, haya pagado la prima y reportado debidamente a la Aseguradora por El Contratante.

3.2. Tomador del Seguro o Contratante: Es la entidad financiera que solicita esta póliza a La Compañía Aseguradora, para protección del crédito de sus clientes que de forma voluntaria deseen adquirirla. El Contratante será responsable de la gestión de cobros y reportar el pago de las primas a la aseguradora en el plazo acordado.

3.3. Accidente Cubierto. Todo evento en que el asegurado resulte con una o varias lesiones

corporales, como consecuencia de una causa fortuita, súbita, violenta, externa e independiente de su voluntad mientras se encuentre vigente la cobertura. Esto excluye, eventos causados por terceras personas con armas de fuego, objetos corto punzante o contundente.

3.4. Calificación de Incapacidad a consecuencia de un accidente:

Es el proceso de evaluación de los impedimentos invocados como incapacidad, en la que el Deudor-Asegurado sufre una reducción en su capacidad de trabajo. La misma podrá ser determinada por una comisión médica calificada por la Compañía

3.5. Periodo de Carencia. Es el período posterior inmediato al inicio de vigencia del seguro, durante el cual el Deudor-Asegurado) no estará cubierto. Este período deberá de cumplirse por única vez, o cada vez que el Deudor-Asegurado) ingrese a la póliza, ya sea por nueva alta o rehabilitación. El período de carencia será de noventa días (90) calendarios, a partir del cobro de la prima de parte del contratante al Deudor-Asegurado.

En caso de pérdida del empleo involuntariamente durante el Periodo de Carencia, el deudor-asegurado tendrá la opción de continuar con su póliza o solicitar la devolución de las primas pagadas durante el Periodo de Carencia. Para el beneficio de Incapacidad Total Temporal por Accidente no aplica este periodo.

3.6. Comisión Médica. Médicos que evalúan por autorización de la Compañía y dan dictamen sobre los siniestros resultantes en desmembramientos y/o incapacidades.

3.7. Deducible o Plazo de Espera. Período de 30 días posterior inmediato a la pérdida del empleo o a la notificación por dictamen medico de incapacidad total temporal por accidente, durante el cual el asegurado no estará amparado. El pago del beneficio iniciará pasado estos 30 días, solo en caso de persistir el desempleo o la incapacidad total temporal que produjo la pérdida del ingreso, hasta agotar el número de pagos estipulado en el Certificado de Seguro, Condiciones Particulares o Declaración de la póliza.

3.8. Desempleo Involuntario. Estado involuntario de inactividad económica, sin percibir dinero alguno como contraprestación por un trabajo personal originado por la desvinculación laboral debido a causas no imputables al asegurado.

3.8. Deudor-Asegurado

- Toda persona natural vinculada con contrato de trabajo de carácter indefinido, titular principal de un crédito o préstamo personal otorgado por El Contratante, amparados por la cobertura de pérdida del empleo de forma involuntaria. Tendrá el carácter de titular principal del crédito o préstamo personal quien figure en primer termino como deudor principal del mismo.
- Trabajadores con contrato a término fijo, siempre que éste sea como mínimo doce (12) meses, y se hayan renovado una vez o más.
- Toda persona natural que realice funciones liberales, trabajando por cuenta propia, independientemente de que haya formado su propia empresa y figure como empleado en la nómina de la misma, titular principal de un crédito o préstamo personal otorgado por El Contratante. Tendrá el carácter de titular principal del crédito o préstamo personal quien figure en primer termino como deudor principal del mismo. Amparados por la cobertura de Incapacidad Total Temporal por Accidente.

3.9. Incapacidad. Es toda restricción o ausencia de la capacidad de realizar una (o más) actividades, en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano, dificultando o imposibilitando a la persona a realizar un trabajo compatible con sus capacidades. Esto así por pérdida de la vista o alguno de sus miembros, siempre y cuando sea a consecuencia de un accidente cubierto en esta póliza.

3.10. Incapacidad Total y Temporal por Accidente: Aquella en que el asegurado sufre una reducción en su capacidad de trabajo por un accidente cubierto, y como consecuencia de este sea afectada temporalmente su capacidad de generar ingresos de manera habitual, esta será determinada conforme al dictamen de la comisión médica contratada por La Compañía.

Serán elegibles para la cobertura de Incapacidad Temporal Total por Accidente las personas que antes de la fecha de inicio de vigencia de esta póliza sean trabajadores, comerciantes o profesionistas que laboren en forma independiente y estén percibiendo un ingreso.

3.11. Fecha Inicio de Vigencia de la Póliza. Fecha a partir de la cual se inicia el Contrato Póliza.

3.12. Fecha de Efectividad de la Cobertura. Momento a partir del cual el asegurado hace llegar a través de El Contratante la documentación que avala el despido involuntario o sin justa causa. En caso de incapacidad total temporal, el momento inicia con entrega del dictamen que certifica dicha incapacidad. En ambos casos, se estarán considerando los 30 días del Deducible.

3.13. Fecha de Ocurrencia del Siniestro. Fecha en que ocurre la desvinculación laboral, en el caso de desempleo, o la fecha del accidente que dio inicio a la Incapacidad Total Temporal del asegurado.

3.14. Grupo Asegurado. Toda la cartera de clientes de El Contratante que hayan solicitado el seguro de forma voluntaria.

3.15. Prima. Precio por el cual La Compañía vende la Cobertura de Seguro.

3.16. Personas Elegibles. Son elegibles todos los Clientes-Deudores de El Contratante que soliciten la cobertura de forma voluntaria, y que se encuentren entre 18 y 60 años de edad. La edad límite de permanencia será hasta cumplir los 65 años.

3.17. Periodo de Cobertura. Es el periodo equivalente a los siguientes treinta (30) días contados a partir de la fecha en que se efectuó y registro el pago de la prima del seguro. El Contratante se obliga a notificar dicha fecha.

ARTÍCULO 4.- COBERTURAS

La Compañía ampara el pago mensual a El Contratante a nombre del Deudor-Asegurado, hasta por un termino de seis (6) meses contados a partir de la fecha en que termina el Deducible de treinta (30) días, con sumas aseguradas pagaderas de manera mensual para ser aplicados a los balances pendientes por los créditos otorgados al Deudor-Asegurado por La Contratante, estos pagos están sujeto a los limites establecidos en las Condiciones Particulares, siempre y cuando el Deudor-Asegurado se encuentre en situación de pérdida del ingreso, originado por uno de los siguientes eventos:

A- Despido del Deudor-Asegurado sin justa causa. Siempre que el Asegurado sea un empleado formal a tiempo completo, con más de seis (6) meses laborando en una empresa privada, legalmente constituida, y tenga una antigüedad superior a noventa (90) días de estar incluido en la póliza como Deudor-Asegurado, el cual llamamos Periodo de Carencia.

B.-Terminación del contrato de trabajo por suspensión de actividades de la Empresa por parte del empleador en perjuicio del Empleado-Asegurado durante más de ciento veinte (120) días. Siempre que el Empleado-Asegurado tenga una antigüedad superior al Periodo de Carencia de noventa (90) días de estar incluido en la póliza como Deudor-Asegurado.

C.- Incapacidad Total Temporal ocasionadas por un Accidente cubierto en esta póliza. Esta incapacidad debe ser ocasionada por un accidente durante el período de cobertura.

La Aseguradora pagará el beneficio definido, siempre que el Deudor-Asegurado quedare totalmente incapacitado para desempeñar su ocupación. De quedar el Deudor-Asegurado con capacidad de desempeñar parcialmente sus ocupaciones, sea en lugar de trabajo, o bien desde su domicilio u otro lugar, no aplicará el reclamo.

El asegurado recibirá un pago por cada 30 días de Incapacidad, luego de transcurrir los 30 días del Deducible, y previa presentación de Constancia del Médico Tratante, o Medico designado por la aseguradora.

El Contratante conviene informar sobre la existencia de la cobertura de seguro que se contrata a favor de los clientes de El Contratante, en este sentido también se obliga a informar a La Compañía sobre cualquier material de promoción o marketing del seguro de Desempleo o Incapacidad Total Temporal por Accidente, en caso de objeción de parte de La Compañía estos serían rediseñados hasta que ambas partes estén de acuerdo.

El Deducible de este seguro será equivalente al valor de la primera cuota mensual del crédito o préstamo personal a partir de la fecha de pérdida del ingreso por un evento amparado, lo que también para fines de esta póliza corresponde a treinta (30) días. Descontado este Deducible se indemnizará hasta por el periodo máximo convenido el cual no excederá los seis (6) meses.

Para que el Deudor-Asegurado pueda recibir nuevamente el beneficio de este seguro, deben transcurrir ciento ochenta días (180), considerando como fecha de inicio de este plazo, la fecha en la cual el Deudor-Asegurado ha recuperado su estatus de empleado privado.

ARTICULO 5.- COMPROBACION ESTADO DE DESEMPLEO.

La Compañía se reserva la facultad de verificar en cualquier momento el estado de desempleo del Asegurado y de exigir al Asegurado cualquier información y/o documentación necesaria para acreditar indubitadamente dicho estado, y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

El Asegurado se obliga a notificar de forma inmediata a la Compañía la obtención de un empleo de cualquier tipo o reintegración a sus labores, que origine la suspensión del pago del beneficio. Esta obligación permanece incluso si el tipo de trabajo del Asegurado fuere por tiempo u obra determinada y al término de dicho tiempo u obra volviere a quedar desempleado el Asegurado. En dicho caso, el Beneficiario tendrá derecho a continuar recibiendo la Indemnización Mensual, hasta cumplirse entre ambos períodos de desempleo el Plazo Máximo de Responsabilidad y hasta una suma no superior al Importe Máximo de Responsabilidad establecido en esta póliza para las coberturas que apliquen, siempre y cuando se trate del mismo siniestro, reportado dentro de un mismo evento.

Por igual, si se trata de una Incapacidad y el asegurado logra reintegrarse a sus labores, debiendo interrumpir las mismas por demostrar no mantenerse en condiciones óptimas para dicha reintegración, el Beneficiario tendrá derecho a continuar recibiendo la Indemnización Mensual, a partir de que el Asegurado quede nuevamente discapacitado, hasta cumplirse entre ambos períodos de incapacidad el Plazo Máximo de Responsabilidad y hasta una suma no superior al Importe Máximo de Responsabilidad establecido en ésta póliza para las coberturas que apliquen, siempre y cuando se trate del mismo siniestro, reportado dentro de un mismo evento.

Conforme a lo anterior, no procederá pago de indemnización en el tiempo en que el Asegurado tuviere un empleo de cualquier tipo. Así también el Asegurado se obliga a notificar de inmediato la

terminación del estado de Incapacidad Total Temporal por Accidente que en su caso hubiera originado el pago de indemnización.

ARTÍCULO 6.- REINSTALACION DEL BENEFICIO.

En caso de que se agote el Plazo Máximo de Responsabilidad, deberán transcurrir por lo menos seis (6) meses a partir del último pago de indemnización realizado, para reinstalar las coberturas de Desempleo o Incapacidad Total Temporal por Accidente, siempre y cuando la póliza se encuentre vigente.

ARTÍCULO 7.- EXCLUSIONES

7.1 Por Desempleo Involuntario.

Esta póliza no ampara el desempleo involuntario que resulte como consecuencia de:

- a. Pérdida del empleo del asegurado que se inicie dentro del Período de Carencia de noventa (90) días.
- b. Jubilación, pensión o retiro del asegurado.
- c. Pérdida voluntaria del trabajo o renuncia.
- d. Intoxicación, uso de drogas, deshonestidad, fraude o conflicto de intereses, rehusarse a realizar labores del empleo, actos dolosos, violación a cualquier regla conforme al contrato laboral o la omisión de llevar a cabo instrucciones orales o escritas siempre que dichas instrucciones sean conforme el contrato laboral, conducta delictiva por parte del Deudor-Asegurado.
- e. Cuando el asegurado sea un trabajador, comerciantes o profesional que labore de forma independiente y estén percibiendo un ingreso. La cobertura en tal caso lo será por Incapacidad Total Temporal por Accidente.
- f. Personas con contratos de trabajos informales, (no inscritos ni cotizando en el Tesorería de la Seguridad Social (TSS)). En caso de mantener relación laboral con varios empleadores, el seguro aplicaría por la pérdida del empleo en que se perciba el mayor ingreso.
- g. Cuando el asegurado **sea un funcionario del gobierno** o del sector público, cualquiera que sea la dependencia estatal, a menos que trabajen en una institución gubernamental como empleados de carrera administrativa. Participar en paros, disputas laborales o huelgas.
- h. Terminación de contratos de trabajo de tiempo determinado o temporales del asegurado.
- i. Condiciones mentales del asegurado tipificadas medicamente.
- j. Enfermedades o lesiones del asegurado tipificadas medicamente.
- k. Por la rescisión de la relación de trabajo sin responsabilidad para el patrón acorde a la legislación vigente (Código de Trabajo).
- l. Cuando exista mora en sus obligaciones con el Contratante, imputable al Asegurado.
- m. Empleados de Hoteles y/o Complejos turísticos
- n. Empleados Zonas Francas

7.2 Por Incapacidad Total Temporal por Accidente.

Esta póliza no ampara:

- a. Lesiones y afecciones que el Deudor-Asegurado se ha producido voluntariamente incluyendo el suicidio o cualquier intento del mismo, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- b. Cuando el Deudor-Asegurado se encuentre de licencia sin disfrute de sueldo.
- c. Servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.
- d. Actos delictivos intencionales de cualquier tipo, en los que participe directamente el asegurado.
- e. Condiciones preexistentes.
- f. Intoxicación, alcohol, drogas.

- g. Esta póliza no ampara accidentes que se originen por participar en actividades como:
 - Aviación privada, en calidad de tripulante, pasajero o mecánico, con excepción de líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros con itinerarios fijos y rutas establecidas.
 - Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
 - Paracaidismo, buceo, alpinismo charrería, esquí en nieve o agua, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.
- h. Las afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea o aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de un accidente.
- i. Se excluye a las personas que están empleadas de tiempo completo y trabajan para una institución que no se encuentren registrados en la Secretaría de Trabajo.
- j. Cuando exista mora en sus obligaciones con el Contratante, imputable al Asegurado.
- k. Lesiones provocadas por manipulación de explosivos o armas de fuego.
- l. Las lesiones o muertes causadas por terceras personas, con armas de fuego, corto punzante o contundente.

ARTICULO 8.- SUMA ASEGURADA

La suma asegurada se establecerá previamente con base en una suma asegurada fija o con el valor de la obligación que se cubra y hasta el máximo indicado en el Certificado de Seguro o en las Condiciones Particulares, que será el monto a indemnizar una vez cubierto el Deducible, a partir del momento en que se dé la situación de desempleo involuntario o incapacidad total temporal cubierta, hasta la indemnización máxima por evento indicada en el Certificado de Seguro o Condiciones Particulares, para cada siniestro de Desempleo Involuntario o Incapacidad Total Temporal por Accidente, con un máximo de un siniestro por año.

ARTÍCULO 9.- EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

La edad mínima para el ingreso a este seguro será de dieciocho (18) años y la máxima se establece hasta el día en que el Asegurado cumpla los sesenta (61) años. La edad máxima de permanencia no podrá superar los sesenta y cinco (65) años, cero días.

ARTICULO 10.- PAGO DE PRIMA

- 1) La prima es pagadera en la Oficina Principal de La Compañía en la ciudad de Santo Domingo a cambio del recibo extendido por la Compañía, firmado por las personas debidamente autorizadas, para recibir valores en nombre de La Compañía. El pago de primas se realizará basada en facturaciones mensuales, acorde a el listado o archivo del grupo asegurado activo en la cartera de tarjeta habientes y de préstamos personales de El Contratante, y acorde a los planes de protección de crédito aprobados por cada Deudor-Asegurado. Este pago deberá realizarse a más tardar el día diez (10) de cada mes.
- 2) La relación de asegurados debe ser remitida por El Contratante a La Compañía para fines de facturación, a más tardar unas 72 de horas al cierre de las operaciones de cada mes. Dicha relación contendrá las siguientes informaciones por fechas:

Informacion del asegurado:

- Nombre
- Apellido
- No. De documento de identidad (cedula o pasaporte)
- Fecha de nacimiento

- Edad
- Ocupación
- Dirección (calle, numero, sector y ciudad)
- Teléfonos
- Email
- Tipo de Cobertura (desempleo o incapacidad)

En caso de préstamo

- Numero de préstamo
- Monto Total del Préstamo
- Periodo del Préstamo (plazo en meses)
- Fecha del desembolso
- Fecha en que finaliza el préstamo
- Cuota del préstamo (cuota asegurada)
- Prima cobrada
- Sucursal

3) La Compañía queda autorizada a observar las operaciones de ventas de los planes.

ARTICULO 11. - FALTA DE PAGO DE LAS PRIMAS

Si la prima no se pagare dentro del plazo establecido, esta póliza quedará de pleno derecho y automáticamente rescindida y sin efecto por el mero vencimiento de dicho plazo, sin ninguna interpelación previa.

ARTICULO 12.- CALCULO DE PRIMAS

La Prima será liquidada mes vencido sobre el total de deudores asegurados que tengan créditos o préstamos personales con El Contratante por un monto prefijado por persona de acuerdo al beneficio y la tasa acordada.

La compañía podrá modificar la tasa por alta siniestralidad una vez por año, notificando al contratante con treinta (30) días de antelación.

ARTÍCULO 13.- MONEDA

Se deja expresa constancia que es voluntad de las partes efectuar los pagos de las obligaciones pactadas en el Contrato de Seguro en la moneda prevista en las Condiciones Particulares.

ARTICULO 14.- AVISO DE SINIESTRO

El Deudor-Asegurado para obtener el beneficio de este seguro, está obligado a poner en conocimiento de El Contratante el acaecimiento de cualquiera de los eventos objeto de cobertura, tan pronto como le sea posible luego de la ocurrencia del despido sin justa causa, o notificación de la Incapacidad a consecuencia de un accidente de parte del médico tratante, o medico designado por la aseguradora.

A su vez, El Contratante está obligado a notificar a La Compañía del acaecimiento de cualquier evento amparado, dentro de los primeros diez (10) días calendario del mes siguiente a aquel en el

cual el Deudor-Asegurado le informe la ocurrencia del mismo.

El Deudor-Asegurado deberá presentar los siguientes documentos, necesarios para acreditar la ocurrencia del siniestro:

En caso de Pérdida del Empleo Involuntariamente:

- 1- Completar el Formulario de Reclamo, por parte del asegurado
- 2- Fotocopia del documento de identidad del Asegurado.
- 3- Certificación suscrita por el empleador en donde conste:
 - Nombre completo del ex empleado
 - Tiempo laborado (desde-hasta)
 - Clasificación de la desvinculación (despido, desahucio, o dimisión)
- 4- Finiquito de la hoja de liquidación de las prestaciones de Asegurado.
- 5- Certificación de los registros de aportes a la Tesorería de la Seguridad Social (TSS).

Constancias para el tipo de cobertura reclamada:

- Préstamo: Estado o “print screen” del préstamo donde indique el monto, fecha de desembolso y estatus actual.

El Contratante y el Deudor-Asegurado están obligados a suministrar a La Compañía, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro y a permitirle las indagaciones necesarias para tal fin. La Compañía puede requerir prueba instrumental, en cuanto sea razonable a El Contratante o al asegurado.

El Deudor-Asegurado pierde el derecho a ser indemnizados si deja de cumplir maliciosamente el suministro de la información necesaria o exageran fraudulentamente los daños o emplean pruebas falsas para acreditarlos

En caso de Incapacidad Total Temporal por Accidente

1. Presentar el informe médico y copia simple de exámenes médicos, de laboratorio y del diagnóstico completo que comprueben la incapacidad, las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causa que ocasionaron la incapacidad, indicando la fecha de inicio de la incapacidad.
2. Informe de la policía en caso que éstos se hubieron hecho presentes al lugar del accidente
3. Facilitar cualquier comprobación de parte de facultativos designados por La Compañía
4. Constancias para el tipo de cobertura reclamada:

- Tarjeta de crédito: Últimos tres estados de cuenta de la tarjeta de crédito y certificado del seguro.
- Préstamo: Estado o “print screen” del préstamo donde indique el monto, fecha de desembolso y estatus actual

ARTÍCULO 15.- PAGO DE LA INDEMNIZACION

La Aseguradora abonará las indemnizaciones al Contratante después de haber el Deudor-Asegurado completado todos los requisitos antes indicados, en un plazo no mayor de 10 días hábiles. El primer pago se considerará después de los primeros 30 días (Deducible) de la desvinculación del empleado, o la declaración de la Incapacidad, en caso de trabajador independiente.

La suma asegurada, sobre la cual El Asegurado haya pagado la prima, constituye el monto máximo a pagar en caso de siniestro, no existiendo de parte de la Aseguradora ninguna obligación de indexar dicha suma por variación en las cuotas del préstamo o del crédito otorgado por El Contratante.

El Contratante y el Deudor-Asegurado están obligados a suministrar a La Compañía, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro y a permitirle las indagaciones necesarias para tal fin. La Compañía puede requerir prueba instrumental, en cuanto sea razonable a El Contratante o al asegurado.

El Deudor-Asegurado pierde el derecho a ser indemnizados si deja de cumplir maliciosamente el suministro de la información necesaria o exageran fraudulentamente los daños o emplean pruebas falsas para acreditarlos.

ARTICULO 16.- RESCISIÓN DE PÓLIZA

El Contratante puede rescindir el contrato sin limitación alguna después del primer periodo del Seguro, sin otro requisito que el de comunicar esta decisión por carta con quince días de plazo, los que se contarán a partir de su fecha de recepción, pudiendo hacerlo también La Compañía en cualquier vencimiento de prima, mediante previo aviso al Contratante remitido con anticipación, no menor de 30 días.

El contrato se juzgará rescindido si no se paga la prima en los términos convenidos.

ARTÍCULO 17.- TERMINACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL DE UN ASEGURADO:

Las coberturas particulares de un Asegurado conforme A esta póliza cesarán el día en que ocurra alguno de los eventos siguientes:

1. La fecha en que el asegurado informe al Contratante o a la aseguradora por escrito de que ya no desea estar cubierto por esta póliza de seguro;
2. La fecha en la que el préstamo y/o tarjeta de crédito esté en mora por más de 60 días;
3. La fecha en la que el préstamo o tarjeta de crédito se cancele;
4. La fecha de fallecimiento del asegurado;
5. El día en que el asegurado cumpla 65 años de edad;
6. La fecha en que la Aseguradora pague el importe máximo de Responsabilidad en todas las coberturas;
7. La fecha en la que esta póliza colectiva finalice o se cancele.
8. Por el no pago de la prima por parte del Contratante o el asegurado, una vez vencido el período o plazo de gracia.

9. Incapacidad total y permanente del Deudor-Asegurado.
10. Si durante el tiempo que se le esté pagando la indemnización el Asegurado consigue un nuevo empleo, cesaran los pagos de la indemnización.

ARTÍCULO 18.- EJECUCION DEL CONTRATO

Las relaciones entre La Compañía y los Deudores-Asegurados se desenvolverán siempre por intermedio de El Contratante. Conforme a esto, El Contratante efectuará a La Compañía el pago de las primas y cobrará a los Deudores-Asegurados en nombre de La Compañía.

ARTICULO 19.- CESIONES

Los derechos que esta póliza confiere son intransferibles. Toda cesión o transferencia se considerará nula y sin efecto alguno.

ARTÍCULO 20.- DECLARACIONES FALSAS O INEXACTAS

El Asegurado perderá todo derecho de las indemnizaciones y La Compañía quedará relevada de toda responsabilidad bajo esta póliza al ocurrir cualquiera de las siguientes causas:

- a. Declaraciones falsas del Asegurado en la Solicitud o cualquier otro documento que entregue a la Compañía.

La Compañía podrá renovar este contrato automáticamente a la fecha de vencimiento, excepto por lo establecido en el Artículo 16: **RESCISIÓN DE PÓLIZA**

ARTICULO 21.- FACULTADES DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO

- a. En caso de desempleo, verificar: el despido con el empleador, registro de baja en la Tesorería de la Seguridad Social (TSS), y en cualquier otra institución que posibilite comprobar que el asegurado se mantiene en situación de desempleo durante el periodo cubierto.
- b. En caso de incapacidad, la compañía se reserva el derecho de hacer examinar al asegurado.
- c. La compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, y a su costa a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculación por parte del asegurado para que se lleve a cabo esa comprobación, libera a la compañía de cualquier obligación.

ARTICULO 22.- SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Las partes convienen en que, cualquier controversia o conflicto relacionado directa o indirectamente con este contrato ya sea de sus naturaleza, interpretación, cumplimiento, ejecución o terminación del mismo, que no pueda ser resuelta por ellas amigablemente, se resolverá mediante el procedimiento de arbitraje, de conformidad con el Reglamento de Conciliación y Arbitraje.

ARTICULO 23.-CONTRIBUCIONES E IMPUESTOS

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.

ARTICULO 24.- DERECHO DE COMPENSACION

Cualquiera de las partes tendrá derecho a compensar los saldos recibidos a la otra parte, por concepto de primas, comisiones, reclamos o gastos de ajuste con los saldos recibidos por la otra parte por los mismos conceptos, siempre y cuando sea notificado por escrito y que dichos montos hayan sido verificados por las partes. Sin embargo, en el caso de insolvencia de una de las partes, la compensación sólo podrá operar siempre y cuando las leyes lo permitan y tendrá que sujetarse a las normas que para tal efecto existen en el domicilio de la parte que sea declarada insolvente

ARTICULO 25.- DEMORAS, ERRORES U OMISIONES

Para efectos de este Contrato de Seguro, se entiende por demora, error u omisión involuntarias, los cálculos equivocados en las cuentas a que se refiere el Artículo de (Derecho de Compensación), o a la inclusión o exclusión accidental de un contrato de seguros de Desempleo e Incapacidad Temporal por Accidentes, los cuales deberán ser corregidos tan pronto como sean descubiertos. Toda otra demora, error y omisión involuntaria deberá ser resuelta de acuerdo a la ley. Esta disposición no justifica el incumplimiento de plazos o actividades específicos.

ARTICULO 26.- LEY APLICABLE Y TRIBUNALES COMPETENTES

La presente Póliza se regirá y se interpretará de conformidad con las leyes de la República Dominicana. Para todo lo relativo a la interpretación y cumplimiento del presente Contrato, las partes se someten expresa e irrevocablemente a la jurisdicción de los tribunales competentes de la Ciudad de Santo Domingo, Distrito Nacional, renunciando a cualquier otra jurisdicción que pudiere corresponderles por virtud de sus domicilios presentes o futuros por cualquier otra causa.

ARTICULO 26.- EXCLUSION DE ENFERMEDADES INFECCIOSA

Sin menoscabo de cualquier otra exclusión que pueda haber en el contrato póliza al cual se adhiere el presente endoso, queda expresamente excluida de la cobertura de desempleo involuntario para los empleados en relación de dependencia con un patrono, y por consiguiente queda sin efecto la cobertura a la cual se adhiere, los siguientes eventos que puedan dar origen a un desempleo ya sea por despido o cesación de operaciones del empleador:

- Guerra declarada o no
- Conmoción social
- Pandemias: incluyendo pero no limitada a, virus y contaminantes bacterianos como COVID-19, Coronavirus, MERS, Rotavirus, SARS, todo y cualquier tipo de Influenza y Ántrax
- Catástrofes naturales

En testimonio de lo cual, Seguros ADEMI S.A., expide el presente Condicionado General, que se firme en la fecha indicada en las declaraciones y que forme parte de la Póliza No. _____

Firma Autorizada
Seguros ADEMI, S.A.

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

☐ Cédula

☐ Pasaporte

☐ ID residencia

Número

Fecha vencimiento

Nombres y apellidos (primero nombres, luego apellidos)

Sexo

☐ F

☐ 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

☐ Empleado/Asalariado

☐ Propietario/Socio

☐ Jubilado/Pensionado

☐ Inversionista/Prestamista

☐ Independiente

☐ Estudiante

☐ Ama de casa

☐ Otro ¿Cuál?

INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingresos mensuales actividad principal

☐ Menos de RD\$20 mil

☐ RD\$20 mil a RD\$50 mil

☐ RD\$50 mil a RD\$100 mil

☐ 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?

☐ SI

☐ NO

Si su respuesta es afirmativa, especifique

¿Ha poseído o posee algun grado de poder público durante los últimos 3 años?

☐ SI

☐ NO

Si su respuesta es afirmativa, especifique

¿Es persona reconocida o de influencia pública?

☐ SI

☐ 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?

☐ SI

☐ 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

Señores

ADEMI

Estimados Señores:

Quiero que me incluyan en el seguro de desempleo. Deseo se me debite de mi cuenta

No----- con ADEMI la prima mensual de RD\$-----

Correspondiente a este seguro, para así recibir los beneficios contratados en caso de que se me despida involuntariamente de mi empleo. O, si soy un profesional independiente-liberal, recibir los beneficios si quedo incapacitado temporalmente por algún accidente.

Acepto los Términos, Condiciones Generales y Particulares de esta póliza y autorizo a debitar a mi cuenta mensualmente la cuota de adicional generada por este seguro.

Nombre -----

Cédula de Identidad y Electoral No. -----

Firma -----

Fecha -----