

CONDICIONES GENERALES

PÓLIZA ENFERMEDADES GRAVES

1. DEFINICIONES

1.1 Las siguientes definiciones aplican a esta póliza:

- (a) **“Beneficio”**: es el importe pagadero en virtud de esta póliza en relación con la muerte de un asegurado o el importe pagadero en virtud de la póliza en relación con una reclamación por una enfermedad grave del asegurado de la tarjeta asegurado, sujeto a las exclusiones y limitaciones de la presente Póliza.
- (b) **“Enfermedades Graves”**: se refiere a una dolencia que puede poner en riesgo la vida de una persona, o que puede causar secuelas o complicaciones importantes de acuerdo con las definiciones específicas de esta póliza y que no se encuentre excluido en la sección de exclusiones o limitaciones de beneficios.
- (c) **“Beneficio de muerte”**: es la cantidad para pagar en caso de fallecimiento del asegurado de la tarjeta asegurada.
- (d) **“Diagnóstico”**: es la calificación escrita por el médico del asegurado, definiendo las conclusiones y hallazgos respecto a la enfermedad grave. La fecha de efectividad del diagnóstico será la fecha en que el diagnóstico es realizado por el médico del asegurado, soportado por su historial médico.
- (e) **“Asegurado”**: es el asegurado elegible que ha completado el proceso de solicitud de inscripción y ha cumplido con los requisitos para la

emisión de la póliza por parte de la Compañía de Seguros,.

- (f) **“Fecha de vigencia del Seguro”**: es la fecha efectiva en que el asegurado suscribe el seguro.
- (g) **“Médico”**: Profesional legalmente autorizado para ejercer la medicina según las leyes y normas de la jurisdicción donde ha sido prestado el servicio y la cual practica dentro de los límites regulares y admisibles de cualquier autorización legal que sea pertinente.
El término “MÉDICO” no incluye a dentista (odontólogo, ortodoncista), quiropráctico, optómetra, podiatra o cualquier otro profesional cuya especialidad no esté reconocida por las autoridades del país donde ejerza su profesión. No son aceptables para efectos de esta Póliza los Diagnósticos emitidos en las siguientes situaciones: • Si el Médico que emite el Diagnóstico es el propio de EL ASEGURADO. • Si el Médico que emite el Diagnóstico es familiar de EL ASEGURADO hasta segundo grado de consanguinidad y tercero de afinidad.
- (h) **“Aseguradora” o “Compañía de Seguros”**: se refieren a Seguros Crecer, S.A.

1.2 Salvo disposición en contrario, toda referencia al género masculino incluirá el femenino, el singular incluirá al plural y viceversa.

2 FECHA DE VIGENCIA DEL SEGURO

Siempre que el asegurado elegible complete el proceso de inscripción y sea aprobado por la Compañía de Seguros, dicho asegurado elegible podrá ser un asegurado en la fecha que el contratante procesa la solicitud del

asegurado y el pago de la prima requerida esté pagada. La fecha efectiva será la última de las siguientes opciones:

- (a) La fecha de vigencia de esta póliza;
- (b) La fecha que el contratante recibe la solicitud de inscripción del asegurado y cumple con los requisitos para la inscripción de dicho asegurado en la póliza colectiva de Enfermedades Graves.

4 RIESGOS CUBIERTO

La Compañía pagará a EL ASEGURADO la suma asegurada contratada, si dentro del plazo de vigencia del seguro llegare a padecer cualquiera de las enfermedades contratadas. Podrán contratarse las siguientes enfermedades;

- I..Cáncer - Leucemia (Incluido en cobertura Cancer)
- II..Cirugía Revascularización coronaria (Bypass)
- III..Ataque Cardíaco (Infarto del miocardio)
- IV..Cirugía Válvula Cardíaca
- V..Accidente Cerebrovascular
- VI..Pérdida total de la visión (Ceguera)
- VII..Insuficiencia Renal Crónica
- VIII..Trasplante de órgano mayor: hígado, corazón, medula ósea, páncreas, pulmón e intestino
- IX..Traumatismo mayor de cabeza
- X..Esclerosis múltiples
- XI..Enfermedad de Parkinson
- XII..Parálisis de miembros superiores o Inferiores.
- XIII..Pérdida de miembros superiores o inferiores
- XIV..Quemaduras Graves
- XV..Pérdida total de la audición
- XVI..Enfermedad de Alzheimer
- XVII..Politraumatismo

5 BENEFICIOS DEL SEGURO DE ENFERMEDADES GRAVES

El beneficio por enfermedades graves se aplicará para los asegurados /o beneficiarios una vez la Compañía de Seguros reciba la prueba de que el asegurado ha sido diagnosticado con la ocurrencia de alguna de las enfermedades graves contratadas~~diagnosticado con la ocurrencia de las enfermedades graves contratadas~~, siempre sujeto a las Exclusiones y Limitaciones de Beneficios dispuestos en esta póliza. Se entenderá por Enfermedades Graves a los efectos de la presente Póliza única y exclusivamente a alguno de los siguientes diagnósticos:

- A. **Cáncer** (potencialmente mortal) lo que significa un tumor caracterizado por un crecimiento incontrolado, proliferación de células malignas y la invasión en los tejidos.

Caracterizado por el crecimiento descontrolado y la propagación de células malignas con invasión y destrucción de tejidos normales. El diagnóstico debe sustentarse en evidencia histológica y confirmación por parte de un patólogo. El término cáncer incluye leucemia, linfoma y sarcoma.

- 6.1 Ningún Beneficio es pagadero respecto a las siguientes circunstancias:

1. Cáncer: No cubriremos las siguientes formas de cáncer o condiciones:

- Etapa A del cáncer de próstata,
- Carcinoma in situ,
- Un tumor en presencia de algún virus de inmunodeficiencia humana (VIH),
- Leucemia linfocítica crónica,
- Sarcoma de Kaposi,
- Las etapas 1 y 2 de la enfermedad de Hodgkin,
- Un cáncer colorrectal de Duke tipo A,
- Lesiones pre-malignas, tumores benignos o pólipos,

- Cualquier cáncer de piel distinto del melanoma maligno invasivo.

Están excluidas las técnicas basadas en catéter incluyendo, pero no limitadas a valvulotomía / valvuloplastia

B. Cirugía De Derivación De Arterias Coronarias (Bypass): Consiste en Someterse a una cirugía

con toracotomía abierta para la corrección de una o más arterias coronarias, la (s) cual(es) se ha(n) angostado o está(n) bloqueada(s), mediante injerto de derivación de arterias coronarias (CABG, por sus siglas en inglés). El diagnóstico debe sustentarse en una angiografía coronaria y un médico especialista debe confirmar la realización de la cirugía.

Se excluyen: Angioplastia y/o cualquier otro procedimiento intra arterial, Cualquier cirugía laparoscópica o cirugía láser

C. Ataque Cardíaco (Infarto de Miocardio) significa “la muerte de una porción del músculo del corazón como resultado de una provisión insuficiente de sangre, como evidencian los nuevos electrocardiogramas (ECG) que indican un infarto al miocardio”. Este diagnóstico debe ser realizado por un doctor en medicina y respaldado por los nuevos ECG que evidencian cambios consistentes entre el ataque cardíaco y el aumento del nivel en las enzimas cardíacas.

Se excluyen: Infarto de miocardio con elevación del segmento no-ST (NSTEMI por sus siglas en inglés) con elevación de troponina I o T; Otros síndromes coronarios agudos, Cualquier tipo de agina de pecho.

D. Cirugía Válvula Cardíaca: Consiste en someterse a una cirugía de válvula cardíaca a corazón abierto para reemplazar o reparar una o más válvulas cardíacas como consecuencia de defectos en, anomalía de, o enfermedad que afecta la(s) válvula(s) cardíaca(s). El diagnóstico de la anomalía de la válvula debe sustentarse en una ecocardiografía y un médico especialista debe confirmar la realización de la cirugía

E. Accidente Cerebrovascular es un evento cerebrovascular que resulta en daño neurológico permanente. Se define como cualquier incidente cerebrovascular que produzca secuelas neurológicas permanentes. Este incluye infarto del tejido cerebral, trombosis en vaso intracraneal, hemorragia o embolización de una fuente extracraneal. Un médico especialista debe confirmar el diagnóstico y contar con evidencia de síntomas clínicos típicos y hallazgos típicos en exploración de tomografía computarizada(TC) o resonancia magnética (RM) del cerebro. Debe existir déficit neurológico permanente que dure al menos 3 meses.

Se excluyen: - Ataques isquémicos transitorios (AIT) - Lesión cerebral traumática - Enfermedad vascular que afecte solo el ojo o el nervio óptico o las funciones vestibulares.

F. Pérdida total de la visión (Ceguera) Pérdida total e irreversible de la vista de ambos ojos a consecuencia de enfermedad o accidente. Un oftalmólogo debe confirmar la ceguera.

G. Insuficiencia Renal Enfermedad renal terminal que se presenta como insuficiencia crónica irreversible de la función de ambos riñones, que tiene como resultado se practique diálisis renal regular (hemodiálisis o diálisis peritoneal) o se realice un trasplante renal. Un médico especialista debe confirmar el diagnóstico.

No tendrá cobertura la Insuficiencia renal aguda reversible con diálisis temporal.

H. Trasplante De Órgano Principal. El que se realiza a EL ASEGURADO como receptor del trasplante de un órgano que puede ser cualquiera de los siguientes: 1) Órganos humanos: corazón, pulmón,

hígado, riñón, páncreas, a consecuencia de insuficiencia terminal irreversible del respectivo órgano; o 2) Médula ósea humana utilizando células madre hematopoyéticas. Un médico especialista debe confirmar la realización del trasplante

- I. **Traumatismo mayor de cabeza:** trauma mayor de la cabeza con trastorno de la función cerebral que deber ser confirmado por un neurólogo o neurocirujano y evidenciado por hallazgos típicos en pruebas de imágenes (TAC o RM del cerebro). El trauma te debe provocar una incapacidad permanente para realizar por ti mismo tres de las 6 actividades de la vida diaria.

Traumatismo mayor de cabeza provocado por el abuso de alcohol, tóxicos o drogas no prescritas por un médico. •

Traumatismo mayor de cabeza sufrido como consecuencia de accidente ocasionado por el uso de motonetas, motocicletas, mototriciclos o cuatrimotos como conductor o acompañante

- J. **Esclerosis Múltiple** Se define como la presencia definitiva de anomalías neurológicas persistentes. El diagnóstico debe sustentarse mediante: 1) Investigaciones incluyendo resonancia magnética (RM) y hallazgos en líquido cerebroespinal (LCE) que inequívocamente confirman el diagnóstico de esclerosis múltiple; 2) Debe existir deterioro clínico actual de la función motora o sensorial, el cual debe haber persistido por un periodo continuo de al menos 6 meses, historia clínica bien documentada de agudizaciones y remisiones de dichos síntomas o déficits neurológicos con mínimo dos episodios clínicos documentados con al menos un mes de diferencia;

Se excluyen otras causas de daño neurológico como lupus eritematoso sistémico (LES) y VIH

- K. **Enfermedad De Parkinson:** Enfermedad degenerativa del sistema nervioso central, lentamente, por pérdida de las neuronas pigmentadas de la sustancia negra. El diagnóstico

inequívoco deberá ser hecho por un neurólogo. Para los fines de la cobertura estará condicionada a que: 1) No puede ser controlada con medicación; 2) Muestra signos de deterioro progresivo; e 3) Incapacidad para realizar por lo menos tres (3) actividades de la vida diaria, según definición de la póliza, ya sea con o sin el uso de equipos mecánicos, dispositivos especiales u otras ayudas o adaptaciones en el uso de las personas con discapacidad. Sólo la enfermedad de Parkinson idiopática está cubierta.

Se excluyen enfermedad de Parkinson inducida y causas tóxicas de enfermedad de Parkinson.

- L. **Parálisis de miembros superiores o inferiores:** Pérdida total e irreversible del uso de dos o más miembros como resultado de lesión o enfermedad cerebral o de la médula espinal. Un médico especialista debe ser de la opinión que la parálisis será permanente sin esperanza de recuperación y debe estar presente durante más de 3 meses.
No tendrá cobertura la Parálisis debida a síndrome de Guillain Barre

- M. **Pérdida de miembros superiores o inferiores:** se considera la pérdida de un miembro superior la amputación quirúrgica o traumática por la muñeca o parte proximal a ella, y la pérdida de un miembro inferior la amputación quirúrgica o traumática por el tobillo o parte proximal de él.

- N. **Quemaduras que requieran cuidados especiales:** Significa lesión a tejidos por agentes térmicos, químicos o eléctricos que ocasionan quemaduras de tercer grado o de espesor total de por lo menos 20% de la superficie corporal medida por la Regla de los Nueves o el esquema de superficie corporal de Lund y Browder, o de alguna clasificación equivalente.

- O. **Pérdida total de la audición:** pérdida permanente e irreversible de la audición por ambos oídos como resultado de una enfermedad o accidente. El diagnóstico debe ser confirmado por un otorrinolaringólogo y evidenciado por un umbral auditivo promedio de más de 90 db a 500, 1000 y

2000 hertz en el oído menos afectado demostrado por audiometría o impedanciometría.

- P. Enfermedad de Alzheimer:** Diagnóstico definitivo de Enfermedad de Alzheimer antes de los 70 años, confirmada por todos los siguientes criterios:

Pérdida de la capacidad intelectual con deterioro de la memoria y las funciones ejecutivas (secuenciación, organización, abstracción y planificación), lo cual conlleva a una reducción significativa del funcionamiento mental y social. • Cambios de la personalidad. • Inicio gradual y disminución continua de las funciones cognitivas sin alteración de la conciencia. • Hallazgos típicos neuropsicológicos y de neuroimagen. • Debes requerir supervisión las 24 horas de día, el diagnóstico y la supervisión deben ser confirmados por un neurólogo

No tendrá cobertura: Otras formas de demencia debido a trastornos cerebrales, enfermedades sistémicas o patologías psiquiátricas

- Q. Politraumatismo Severo:** Presencia de múltiples lesiones traumáticas de varios órganos y tejidos del cuerpo humano producidas por un mismo accidente y que pone en riesgo la vida del asegurado incapacitándolo de manera temporal o permanente provocando su hospitalización por lo menos durante un periodo continuo de 48 horas. Para efectos de este contrato, se entenderá por accidente toda lesión corporal que derive de un evento violento, súbito, externo y ajeno a cualquier intención del asegurado. No se consideran como accidentes las enfermedades crónicas o agudas tales como la apoplejía, el infarto al miocardio, las roturas aneurismáticas, la hemorragia cerebral, la epilepsia y otros ataques similares

6 SEGURO PAGADERO

- 6.2** El beneficio en vigor a la fecha del Fallecimiento o del diagnóstico de una Enfermedad Grave a un asegurado será el pago de la suma asegurada hasta el máximo establecido en las condiciones particulares.

Así mismo, el beneficio máximo por Fallecimiento o por Enfermedad Grave.

- 6.3** El beneficio en vigor a la fecha de Fallecimiento o de diagnóstico de una Enfermedad Grave a un asegurado, será pagadero a los beneficiarios una vez se reciba la prueba de fallecimiento o el diagnóstico de enfermedad grave del asegurado y se apruebe el reclamo de acuerdo con todos los términos y condiciones de esta póliza.

- 6.4** El pago de la Compañía de Seguros en relación con un asegurado deberá descargar por completo a la Compañía de Seguros de toda responsabilidad respecto a la cantidad pagada.

7 EXCLUSIONES

- 7.1 Suicidio:** si un asegurado de la tarjeta de crédito asegurada intenta cometer o comete suicidio, esté o no en su sano juicio, dentro de los dos (2) primeros años de haber sido asegurado, ningún beneficio establecido en la presente Póliza será pagadero.

7.2 Condiciones Preexistentes de Calificación:

- (i) Un Beneficio no será pagadero por un fallecimiento que ocurra dentro del periodo de los primeros doce (12) meses siguientes a la fecha efectiva del seguro si la causa primaria o secundaria del fallecimiento del asegurado de la tarjeta de crédito es debida a: el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Complejo relacionado con el SIDA o (ARC), Diabetes Mellitus, Enfermedad pulmonar o Enfermedad del hígado por la que el asegurado de la tarjeta asegurada haya visitado o consultado un médico, se haya hecho exámenes médicos o haya recibido tratamiento durante los doce (12)

meses inmediatamente anteriores a la fecha efectiva del seguro.

- (ii) Un Beneficio no será pagadero por una Enfermedad Grave que ocurra dentro del período de los doce (12) meses siguientes a la fecha efectiva del seguro si la causa primaria o secundaria de la Enfermedad Grave del asegurado de la tarjeta de crédito es: Cáncer, Ataque Cardíaco o Accidente Cerebrovascular. Esta exclusión sólo se aplica si el asegurado ha visitado o consultado un médico, se ha hecho exámenes médicos o ha recibido tratamiento durante los doce (12) meses inmediatamente anteriores a la fecha efectiva del seguro. En tal caso, la póliza será nula y todas las primas pagadas se le reembolsarán al asegurado.
- (iii) Un Beneficio no será pagadero si el asegurado de la tarjeta de crédito ha experimentado síntomas que han causado que una persona normalmente prudente busque tratamiento o medicación para estos trastornos, pero no consulta a un médico, en los doce (12) meses inmediatamente anteriores a la fecha efectiva del seguro.

7.3 Un Beneficio no será pagadero si el Fallecimiento o Enfermedad Grave de un asegurado es causado, directa o indirectamente por:

- (i) Guerra o cualquier acto de guerra, declarada o no declarada, disturbio o motín, desobediencia civil, insurrección o cualquier contaminación nuclear, química o biológica debido a cualquier acto de terrorismo; o
- (ii) Cometer o intentar cometer cualquier acto ilegal; o

- (iii) Accidente de vuelo actuando como piloto o miembro de la tripulación en el dispositivo usado para volar; o
- (iv) El uso o ingesta intencional de medicamentos o fármacos, excepto que sea prescrito por un médico y tomados según sus instrucciones; o
- (v) Cualquier sustancia venenosa, gas o vapores de cualquier tipo tomado, administrado, absorbido o inhalado, voluntariamente.

2. Ataque cardíaco: Un Beneficio no será pagadero si el diagnóstico revela evidencia de un ataque cardíaco previo.

7.4 Un Beneficio no es pagadero si el asegurado es diagnosticado con una Enfermedad Grave (Cáncer, Ataque Cardíaco, Accidente Cerebrovascular) tal y como se definen en esta póliza, dentro del ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha en que el asegurado de la tarjeta de crédito asegurada completa el proceso de inscripción y es aceptado por la compañía de seguros. Cualquier diagnóstico realizado dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de expedición del seguro, anulará la póliza y el total de las primas pagadas se reembolsará al asegurado en pleno cumplimiento de la responsabilidad de la Compañía de Seguros.

9 FECHA DE FINALIZACIÓN DEL SEGURO

9.1 El seguro de cada asegurado automáticamente terminará en la primera de las siguientes fechas:

- (a) La fecha del Fallecimiento o diagnóstico de una Enfermedad Grave de cualquiera de los asegurados (fallecimiento o diagnóstico);

- (b) La fecha en que el contratante recibe una solicitud escrita del asegurado principal requiriendo la terminación del seguro.
- (c) La fecha en que la póliza tenga un atraso de pago en la poliza según lo indicado en las condiciones particulares
- (d) La fecha que el asegurado cumple la edad máxima de permanencia, la cual se indicara en las condiciones particulares de la poliza
- (e) La fecha que la Póliza sea finalizada o cancelada por el contratante o como por el asegurado.

10 PRIMAS

La forma de pago de las primas es anual. Sin embargo, la Compañía podrá convenir con EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO la forma de cancelación de la misma, a través de un pago único anual, o a través de pagos fraccionados, ya sean semestrales, trimestral o mensualmente. Los montos y frecuencias de los pagos de las primas periódicas acordadas quedarán establecidos en la Condiciones Particulares de la Póliza. Todas las primas serán pagadas directamente a la Compañía, antes de la fecha de vencimiento acordado con la Compañía. Es responsabilidad de ELASEGURADO pagar sus primas a tiempo y notificar por escrito a la Compañía de Seguros, cualquier cambio de dirección, domicilio, correo, apartado o teléfono..

12 CAMBIO EN LA BASE DE PRIMA, TÉRMINOS Y CONDICIONES

- 12.1 La Compañía de Seguros tendrá el derecho a cambiar la prima base en el primer aniversario de la fecha efectiva de la póliza y en cualquier día primero de mes de la póliza después de esa fecha, mediante notificación por escrito al contratante por lo menos noventa (90) días antes de la fecha efectiva

del cambio. Cualquier cambio en la prima base se aplicará a los seguros existentes a la fecha efectiva del cambio, así como a los seguros que comenzarán a partir de la fecha efectiva del cambio.

- 12.2 La Compañía de Seguros tendrá derecho a modificar cualquiera de los términos y condiciones de esta póliza, mediante notificación escrita al contratante por lo menos ciento veinte (120) días antes de la fecha de cualquier cambio o en el plazo de notificación que las partes acuerden. Cualquier cambio a los términos y condiciones (con excepción de un cambio en la prima base) se aplicará exclusivamente al seguro que comience a partir de la fecha efectiva del cambio, a menos que el contratante y La Compañía de Seguros acuerden lo contrario por escrito.

13 CERTIFICADO

El contratante, en nombre de La Compañía de Seguros, expedirá un Certificado a cada asegurado quien se convertirá en asegurado en virtud de lo expresado por esta póliza.

15 RECLAMACIONES

- 15.1 Las reclamaciones de este seguro serán pagadas de conformidad con los términos y condiciones de esta póliza luego de haber recibido la Compañía de Seguros una notificación por escrito del reclamo, en caso de fallecimiento. Dicha reclamación por fallecimiento se debe entregar a La Compañía de Seguros tan pronto como sea razonablemente posible. Sin embargo, respecto a la cobertura de Enfermedades Graves, La Compañía de Seguros debe recibir notificación por escrito del reclamo conjuntamente con el diagnóstico correspondiente, a más tardar seis (6) meses después de la fecha de dicho diagnóstico. En el caso del diagnóstico de una enfermedad grave, la prueba debe ser satisfactoria para el equipo médico evaluador de La Compañía de Seguros.

17 ERRORES DE EDAD

La cobertura de seguro de cualquier asegurado se considera que nunca ha sido efectuada si la edad del asegurado es menor de dieciocho (18) años o es mayor o igual a sesenta (60) años de edad a la Fecha Efectiva del seguro. Si alguna prima del seguro fue pagada por el asegurado, bajo las anteriores condiciones, la misma será acreditada.

18 MONEDA

Todos los montos pagaderos en virtud de esta Póliza ya sean hacia o por La Compañía de Seguros, serán en la moneda de curso legal de la República Dominicana como se indica en el contrato del asegurado.

19 NO PARTICIPACIÓN

Esta Póliza no permite participación en la distribución del excedente, que podría ser declarado por La Compañía de Seguros.

21 TOTALIDAD DEL CONTRATO

21.1 Esta Póliza, el Formulario de Inscripción y todas las declaraciones e instrumentos de medida proporcionados por La Compañía de Seguros de conformidad con los términos de esta póliza, constituyen la totalidad del contrato entre las partes (único acuerdo).

21.2 La Compañía de Seguros puede eludir su responsabilidad en cualquier momento por una declaración falsa o fraudulenta o la no divulgación de un asegurado en el momento de la solicitud del seguro. En caso de errores materiales por parte del asegurado, la Compañía de Seguros puede dejar nulo y sin efecto este seguro si la muerte ocurre dentro de los tres primeros (3) años de la fecha de expedición del certificado, y la muerte haya sido causada por una condición o enfermedad no divulgada por el asegurado. La Compañía de Seguros puede anular el seguro en cualquier momento en caso de errores fraudulentos o declaración falsa.

21.3 Si hay alguna inconsistencia entre la Póliza y algún instrumento que forme parte de este contrato, los términos de la Póliza prevalecerán.

21.3 Ninguna alteración, variación o adición a esta Póliza es válida a menos que haya sido firmada o inicializada por un Director, Gerente General o Supervisor de la Compañía de Seguros, autorizado para ello, y aceptado por el contratante evidenciado por el pago de las primas por el período que comienza o termina después de la fecha efectiva de dicha alteración, modificación o adición.

22 TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA

22.1 El Contratante y La Compañía de Seguros tienen el derecho de rescindir la presente póliza mediante notificación por escrito. La finalización debe ser efectiva ciento veinte (120) días después de recibida la notificación o la fecha indicada en la notificación, si la misma es posterior, o según lo acordado entre las partes.

Todos los Beneficios de esta Póliza terminarán en la fecha de terminación de la misma sin perjuicio de los derechos de alguna de las partes con respecto a cualquier evento que ocurriese durante el período en que esta póliza estuvo en vigor.

24 ARBITRAJE

Ante cualquier disputa, desacuerdo, controversia o reclamación que surja entre las partes de esta Póliza con respecto a la construcción o el efecto de los derechos, deberes y obligaciones de las partes en virtud del presente Contrato Póliza, así como cualquier otro asunto que en modo alguno surja de o esté relacionado con el mismo, el objeto de la controversia, disputa, desacuerdo o litigio será determinado por un solo árbitro designado por acuerdo entre las partes, o en defecto del acuerdo, designado por el Gerente General de la compañía de

Seguros o un funcionario similar o de mayor rango, independientemente del título que posea. Tal árbitro tendrá la facultad de obtener la opinión de expertos tal y como lo considere conveniente sobre cualquier asunto o pregunta que se determine y, en perjuicio de lo anterior, las disposiciones de la legislación sobre la jurisdicción arbitral se aplicarán.

25 JURISDICCIÓN

Esta Póliza y su contenido serán interpretados de acuerdo con las leyes de la República Dominicana, y se someterá a la jurisdicción de sus tribunales competentes para cualquier conflicto derivado de la materia.

26 ACCIONES LEGALES

No podrá interponerse o entablar ninguna acción legal para obtener los beneficios o la indemnización contemplada en esta Póliza Colectiva antes de transcurrir noventa (90) días de haberse suministrado la prueba de pérdida reglamentaria o del fallecimiento del asegurado. De la misma manera, y de conformidad a lo establecido en la Ley No.146-02 sobre Seguros y Fianzas de la República Dominicana, no podrá iniciarse o interponerse ninguna acción contra la compañía de seguros después de dos (2) años para el asegurado y/o beneficiario y (3) años para los terceros, contados a partir de la fecha del siniestro, es decir, el diagnóstico de la enfermedad grave o el fallecimiento del asegurado, sujeto a las condiciones establecidas en la presente póliza.



Nina D' Angostini