

RESOLUCIÓN 268-06 SOBRE EL CONTRATO DE DISCAPACIDAD Y SOBREVIVENCIA DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO DEL SISTEMA DE PENSIONES A SER SUSCRITO ENTRE LAS ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE PENSIONES Y LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS. SUSTITUYE LA RESOLUCIÓN 250-05

CONSIDERANDO: Que con la finalidad de garantizar la cobertura de los beneficios del Seguro de Discapacidad y Supervivencia establecidos en la Ley 87-01, de fecha nueve (9) de mayo de dos mil uno (2001) que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, en lo adelante la Ley, por parte de las administradoras de fondos de pensiones, en lo adelante AFP, en beneficio de los afiliados, se reglamentaron los términos y obligaciones que estarán contenidos en el contrato a suscribir con las compañías de seguros correspondientes;

CONSIDERANDO: La facultad normativa de la Superintendencia de Pensiones, establecida en el artículo 2, literal c), numeral 9 de la Ley.

VISTOS: Los artículos 55, Párrafo I del artículo 56 y literal h) del artículo 108 de la Ley.

VISTAS: Las Resoluciones 78-01, sobre Cobertura del Seguro de Discapacidad y Supervivencia, emitida por el Consejo Nacional de Seguridad Social en fecha veintiséis (26) del mes de junio del año dos mil tres (2003), 94-03, 204-04 y 250-05 sobre el contrato de discapacidad y supervivencia del Régimen Contributivo del Sistema de Pensiones a ser suscrito entre las administradoras de fondos de pensiones y las compañías de seguro, de fechas 30 de junio de 2003, 19 de agosto de 2004 y 19 de julio de 2005, emitidas por la Superintendencia de Pensiones.

La Superintendencia de Pensiones, en virtud de las atribuciones que le confiere la Ley

RESUELVE:

ÚNICO: Aprobar el Contrato de Discapacidad y Supervivencia del Régimen Contributivo del Sistema de Pensiones, anexo a la presente Resolución, a ser suscrito entre las Administradoras de Fondos de Pensiones y las Compañías de Seguros, el cual tendrá un período de vigencia de un (1) año contado a partir del primero de julio del año dos mil seis (2006).

Dada en Santo Domingo, Distrito Nacional, Capital de la República Dominicana, al primer día del mes de agosto del año dos mil seis (2006).

Persia Alvarez de Hernández
Superintendente de Pensiones

**CONTRATO POLIZA DE DISCAPACIDAD Y SOBREVIVENCIA
CONDICIONES PARTICULARES**

CONTRATO No. **xxxxx**
CONTRATANTE **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**
DOMICILIO **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**

Entre <Nombre Compañía de Seguros> (En lo sucesivo denominada La Compañía), y la Administradora de Fondos de Pensiones o Plan de Pensiones Sustitutivo <nombre> (En lo sucesivo denominado **La Contratante**), se conviene realizar el presente Contrato de Seguro.

Para los efectos del presente Contrato Póliza se considerarán como Asegurados a los Afiliados que sean reportados por La Contratante y que sean elegibles de acuerdo con lo establecido en las Condiciones de este Contrato.

Fecha Inicio de Vigencia	Desde el día 01 de julio del año 2003
Período de Vigencia	Desde el día 01 de julio del año 2006 hasta el día 01 de julio del año 2007.
Tasa de Prima	1% del Salario Cotizable de acuerdo a la Ley 87-01
Duración del Contrato	Este Contrato tiene una duración de un (1) año. Dicho período puede ser Renovado por períodos iguales basado en acuerdo entre La Compañía y La Contratante.
Cobertura	Este Contrato cubre a todos los Afiliados elegibles de conformidad a las Condiciones Generales del mismo y lo señalado para las prestaciones de discapacidad y sobrevivencia en la Ley 87-01 y sus normas complementarias.
Forma de Pago	Mensual

En testimonio de aceptación se extiende y se firma el presente Contrato Póliza en <Ciudad>, el día <xx> de <mes> del año <xxxx>, que es su fecha de renovación.

Apoderado

CONTRATO POLIZA DE DISCAPACIDAD Y SOBREVIVENCIA CONDICIONES GENERALES

Cláusula No. 1:

CONTRATO Y CONTRATANTE:

La Solicitud del Seguro, las solicitudes individuales si las hubiere, las Condiciones Particulares y los Endosos que se expidieren constituyen el Contrato Póliza entre La Compañía Aseguradora (En adelante denominada como La Compañía), y la Administradora de Fondos de Pensiones o Plan de Pensiones Sustitutivo.

Para los efectos de este Contrato Póliza La Contratante es la Administradora de Fondos de Pensiones o Plan de Pensiones Sustitutivo, en consecuencia es la única entidad que puede solicitarle a La Compañía cualquier modificación sobre la misma, con la no objeción de la Superintendencia de Pensiones. Toda modificación deberá realizarse mediante Endoso entre la Contratante y La Compañía, previa aprobación de la Superintendencia de Pensiones.

Salvo las disposiciones establecidas en las Leyes 87-01 y 146-02, ninguna entidad o persona está autorizada para alterar los términos de esta póliza, ni para renunciar a cualquier condición o restricción contenida en la misma; para prorrogar el período del pago de la Prima ni comprometer a La Compañía por medio de promesa o representación. Ninguna modificación a esta póliza será válida a menos que exista el endoso correspondiente firmado por el Presidente de La Compañía, o cualquier otro funcionario debidamente autorizado para tales fines por La Compañía.

Cláusula No. 2:

DEFINICIONES:

Afiliados Activos:

Personas que pertenecen al Fondo de Pensiones administrado por la Contratante.

Afiliados Pasivos:

Personas que reciben un beneficio de pensión por discapacidad o sobrevivencia a través de La Compañía.

Asegurados:

Personas que pertenecen al Fondo de Pensiones administrado por la Contratante cuyos empleadores realizaron el pago de las aportaciones previsionales correspondientes, a través de los medios de pagos autorizados.

Beneficiarios:

Son las personas que tienen derecho a recibir los beneficios de este seguro en caso de fallecimiento o de Discapacidad del asegurado, conforme lo establecido en los artículos 46 y 51 de la Ley 87-01 y sus normas complementarias.

Capacidad Laboral:

Es el conjunto de habilidades, destrezas, aptitudes y potencialidades de orden físico, mental y social, que permiten a la persona desempeñarse en alguna ocupación laboral.

Calificación de Discapacidad:

Es el proceso mediante el cual se califican los impedimentos invocados como discapacitantes, que puedan o no provocar menoscabo en la capacidad laboral.

Contratante:

Es la Administradora de Fondos de Pensiones o Plan de Pensiones Sustitutivo.

Cobertura de Seguro:

Riesgos amparados bajo el Contrato que La Compañía otorga a los beneficiarios en caso de ocurrir uno de los eventos amparados conforme con la Ley 87-01 y sus normas complementarias.

Cuenta:

Se refiere a la Cuenta de Capitalización Individual de un afiliado en la AFP o la cuenta individual de un afiliado en el Plan de Pensiones Sustitutivo.

Día Calendario:

Es el período que comienza y termina a las 12:00 de la media noche.

Día Hábil:

Se refiere a cualquier día de lunes a viernes en el cual se permite a las instituciones financieras hacer negocios al público.

Discapacidad:

Es toda restricción o ausencia de la capacidad de realizar la actividad que el afiliado desempeñaba al momento de la enfermedad o accidente que ocasionó la discapacidad. La evaluación y calificación del grado de discapacidad se efectúa de conformidad con la normativa aprobada por el Consejo Nacional de Seguridad Social.

Discapacidad Parcial:

Aquella condición en la que el afiliado sufre una reducción igual o superior al 50% e inferior a 66.67% en su capacidad de trabajo, conforme al dictamen que sea emitido por la Comisión Médica Regional correspondiente o la Comisión Médica Nacional.

Discapacidad Total:

Aquella en que el afiliado sufre una reducción en su capacidad de trabajo igual o superior a 66.67%, conforme al dictamen de la Comisión Médica Regional correspondiente o la Comisión Médica Nacional.

Discapacitado:

El afiliado que haya sido declarado como tal mediante dictamen emitido por la Comisión Médica Regional o Nacional, según corresponda y certificado por la Comisión Técnica sobre Discapacidad.

Fecha Inicio de Vigencia

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

Fecha de Efectividad de la Cobertura:

Fecha a partir de la cual cada Afiliado Activo pasa a ser asegurado de La Compañía y comienza a disfrutar de la Cobertura de Seguro.

Grupo Asegurado:

Total de los Afiliados Activos a los cuales La Compañía le ha otorgado la Cobertura de Seguro.

Impedimento:

Es la enfermedad o debilitamiento de las fuerzas físicas y/o mentales que afecta la capacidad laboral de la persona.

Listado de Asegurados:

Relación de Afiliados reportados en los archivos que le son enviados por la Tesorería de la Seguridad Social y/o la Empresa Procesadora de la Base de Datos, Unipago, a la Contratante de la póliza de seguros.

Menoscabo Laboral:

Es la pérdida de la capacidad de trabajo expresada en por ciento. El grado de menoscabo para la actividad laboral deberá ser evaluado y medido de acuerdo a las "Normas para la evaluación y calificación del grado de Discapacidad" aprobadas por la Comisión Técnica sobre Discapacidad, y aprobadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social.

Pensión:

Es la prestación pecuniaria mensual que otorga La Compañía a los beneficiarios por la ocurrencia de un siniestro amparado en el Contrato Póliza. Las pensiones corresponderán a 12 meses más un pago adicional correspondiente al período de Navidad, haciendo un total de 13 pagos en un año calendario, en las cuantías establecidas en la normativa vigente.

Prima:

Precio por el cual La Compañía otorga la Cobertura de Seguro.

Salario Cotizable:

Es el salario del Afiliado Activo reportado por La Contratante en el Listado de Asegurados.

Salario Promedio:

Corresponde al promedio del Salario cotizable de los últimos 36 meses o fracción.

Siniestro:

Suceso que tiene como consecuencia el fallecimiento o la condición de discapacidad parcial o total de un asegurado y que obliga al otorgamiento de la prestación que corresponda.

Fecha de Ocurrencia del Siniestro:

Fecha de fallecimiento del afiliado o fecha a partir de la cual se determinará una pérdida objetiva en la capacidad de trabajo del mismo, conforme a los grados establecidos en la ley 87-01 y sus normas complementarias.

Ocupación Laboral Habitual:

Es aquel oficio que desempeña el individuo con su capacidad laboral, entrenamiento y/o formación técnica o profesional, recibiendo una remuneración equivalente a un salario, y por el cual cotiza al Sistema de Seguridad Social de la República Dominicana

Personas Elegibles

Son elegibles todos los Afiliados Activos de la Contratante que sean reportados en el Listado de Asegurados.

Cláusula No. 3:**COBERTURAS Y BENEFICIARIOS DEL SEGURO:****Coberturas:**

La Cobertura del Seguro de Discapacidad y Sobrevivencia iniciará para cada Afiliado, a partir del momento en que su empleador realice el pago a la Tesorería de la Seguridad Social de las aportaciones previsionales correspondientes, a través de los medios de pagos autorizados.

En caso de que el empleador haya realizado las aportaciones previsionales por cuenta de sus empleados dentro del período de gracia y ocurra el fallecimiento o la discapacidad de un afiliado y no se haya remitido el pago a la compañía de seguros de parte de la Contratante, la Tesorería de la Seguridad Social emitirá una Certificación dando cuenta de la efectividad del pago a requerimiento de la Contratante, la cual será a su vez remitida a la compañía aseguradora.

Beneficiarios:**a).- Pensión por Sobrevivencia**

Por el fallecimiento de un Asegurado, La Compañía indemnizará:

1. – Al Cónyuge o Compañero(a) de Vida:

- Si es menor o igual a 50 años de edad: Una renta durante 60 meses consecutivos.
- Si la edad es mayor de 50 años de edad pero menor o igual a 55 años: Será una renta durante 72 meses consecutivos.
- Si el Cónyuge resulta tener más de 55 años de edad la renta mensual será vitalicia.

2. – A los Hijos:

- Solteros menores de 18 años.
- Solteros con edad cumplida de 18 años y menores de 21 años que sean estudiantes.
- De cualquier edad considerados discapacitados de acuerdo al Reglamento de Pensiones.

Los hijos beneficiarios deberán demostrar su soltería mediante una Declaración Jurada ante Notario Público y una Certificación de la Junta Central Electoral. Aquellos con edad cumplida de 18 años y menores de 21 años al momento del fallecimiento del afiliado deberán comprobar su estatus estudiantil mediante una certificación del Centro de Estudios donde han estado asistiendo de forma regular durante los seis (6) meses anteriores al fallecimiento.

b) Pensión por Discapacidad

Por la Discapacidad Total o Parcial del Asegurado antes de cumplir 60 años de edad, La Compañía indemnizará al propio asegurado.

Cláusula No. 4:**PAGO DE BENEFICIOS:****a).- Por Sobrevivencia**

Por el fallecimiento de un Asegurado, La Compañía indemnizará con una renta mensual equivalente al 57.5 % (cincuenta y siete punto cinco por ciento) del promedio salarial de las últimas treinta y seis (36) remuneraciones o fracción cotizadas por el Afiliado fallecido, si su seguro se encuentra en vigor y antes de cumplir 60 años de edad, distribuidas en un 50 % (cincuenta por ciento) del total de esa Renta para el Cónyuge o compañero(a) de vida y el 50% (cincuenta por ciento) restante, para el total de los hijos. En el evento de que el beneficiario lo constituya únicamente el cónyuge o compañero de vida, éste recibirá el 100% del monto de la pensión. Asimismo, recibirá el 100% del monto de la pensión el hijo o los hijos en caso de ausencia de cónyuge o compañero de vida.

La Compañía procederá a otorgar la pensión mediante pagos mensuales, después de cumplir con lo establecido en la cláusula No. 9 titulada Obligaciones de la Contratante. La pensión de sobrevivencia se devenga a contar de la fecha del fallecimiento del afiliado, fecha que estará consignada en el Extracto de Acta de Defunción.

El primer pago de la pensión por sobrevivencia considerará el monto de la pensión devengada desde el momento del fallecimiento hasta el momento en que La Compañía hace efectivo el pago de la misma. Para estos fines La Compañía realizará los pagos a los beneficiarios mediante cheque o transferencia bancaria el último día hábil de cada mes, siempre y cuando hayan transcurrido al menos cinco (5) días hábiles entre la fecha de recepción de los recursos acumulados en la Cuenta del afiliado fallecido y el último día hábil del mes. En su defecto deberá iniciarse el pago a partir del mes siguiente.

b) Por Discapacidad:

Si es Total, La Compañía indemnizará al beneficiario con una renta mensual equivalente al 57.5 % (cincuenta y siete punto cinco por ciento). Si es Parcial, la indemnización será equivalente a un 28.75% (veintiocho punto setenta y cinco por ciento) ambos calculados sobre el promedio salarial de los últimos treinta y seis (36) salarios cotizables o fracción reportados hasta la fecha en que ocurra el siniestro, y hasta que el asegurado cumpla 60 años de edad.

El afiliado tendrá derecho a la Pensión por Discapacidad Total o parcial a partir del primer pago realizado por su empleador a través de la Tesorería de la Seguridad Social. La Compañía procederá a otorgar la pensión mediante pagos mensuales, después de haber recibido de la Contratante Certificación emitida por la Comisión Técnica sobre Discapacidad.

La Compañía podrá solicitar a la Comisión Técnica sobre Discapacidad una reevaluación de la Discapacidad dentro de los ocho (8) meses siguientes al otorgamiento de la pensión conforme a lo especificado en el "Manual de Procedimientos Administrativos para la calificación del grado de discapacidad en la evaluación de

solicitudes de pensiones por los afiliados en caso de enfermedades o accidentes no laborales”.

La Compañía tendrá el derecho de elevar ante la Comisión Técnica sobre Discapacidad una petición de reevaluación de Discapacidad luego de haberse entregado al asegurado su certificación de Discapacidad Total o Parcial definitiva, cuando existan pruebas evidentes de mejoría de la condición invocada como discapacitante del asegurado.

La pensión de discapacidad se devenga a contar de la fecha en que ocurre el siniestro que da origen a la discapacidad, fecha que estará consignada en la Solicitud de Pensión por Discapacidad.

El primer pago de la pensión por discapacidad considerará el monto de la pensión devengada desde el momento del siniestro hasta el momento en que La Compañía hace efectivo el pago de la misma. Los pagos por concepto de pensión por discapacidad deberán realizarse a más tardar el último día hábil de cada mes.

La Compañía pasa a fungir como agente de retención de los pagos a la Seguridad Social a través de la Tesorería, y continuará pagando las contribuciones deduciendo del monto de la pensión por discapacidad, los porcentajes establecidos en la Ley 87-01, sus reglamentos y sus normas complementarias hasta que el discapacitado cumpla con los requisitos para optar por una pensión por vejez. Los pagos correspondientes a la cobertura del seguro de discapacidad y sobrevivencia seguirán siendo realizados por la Contratante a La Compañía de forma habitual.

Por Supervivencia o Discapacidad Total, todos los beneficios pagaderos en esta Póliza se incrementarán para cada beneficiario en 2.5% anual en adición al porcentaje inicial y hasta alcanzar un porcentaje máximo de sesenta por ciento (60%), en un período de cinco (5) años contados a partir del primero de julio de 2003 y se realizarán trece (13) pagos durante el año en los que se incluye el salario de navidad.

Por Discapacidad Parcial, todos los beneficios pagaderos en esta póliza se incrementarán para cada beneficiario en 1.25% anual en adición al porcentaje inicial y hasta alcanzar un porcentaje máximo de treinta por ciento (30%), en un período de cinco (5) años contados a partir del primero de julio de 2003 y se realizarán trece (13) pagos durante el año en los que se incluye el salario de navidad.

El pago por discapacidad será efectuado al propio asegurado mediante cheque o transferencia bancaria a menos que se le presenten pruebas a La Compañía de que dicho asegurado es incompetente para otorgar un recibo válido de descargo, en cuyo caso deben ser presentadas las pruebas que justifiquen tal condición, en tal circunstancia los pagos se realizarán a la(s) persona(s) nombrada(s) por el tribunal competente.

Las pensiones de discapacidad y de supervivencia serán actualizadas periódicamente según las variaciones experimentadas en el Índice de Precios al Consumidor publicado por el Banco Central de la República Dominicana. El Consejo Nacional de Seguridad Social dispondrá la normativa al respecto.

Cláusula No. 5:**TERMINACION DE LA COBERTURA INDIVIDUAL DE LOS ASEGURADOS:**

La cobertura de los asegurados individuales bajo esta póliza, cesará automáticamente al ocurrir cualesquiera de las circunstancias siguientes:

- a) La falta de pago de la prima, una vez vencido el período de gracia.
- b) Al cumplimiento de la edad de 60 años de cada asegurado.
- c) Por cancelación, terminación o rescisión del Contrato Póliza

A la terminación de este contrato por vencimiento del período de vigencia, la Compañía deberá continuar pagando todos los casos en curso de pago y con trámites pendientes, así como aquellos casos ocurridos y no reportados durante el período de gracia.

Cláusula No. 6:**PAGO DE LA PRIMA:**

El pago de la prima del Seguro de Discapacidad y Supervivencia deberá ser realizado por la Contratante a La Compañía a más tardar el día hábil siguiente de haber recibido los recursos por este concepto.

PERIODO DE GRACIA:

La Compañía concederá un período de gracia de tres (3) meses contados a partir del tercer día hábil del primer mes en que la póliza del seguro de discapacidad y supervivencia quedó pendiente de pago, de conformidad con la Ley 87-01 y sus normas complementarias para el pago de la prima adeudada bajo la póliza de seguro de discapacidad y supervivencia en cualquier fecha de vencimiento, excepto la primera prima. Si no se abona la prima antes de la expiración del periodo de gracia, la cobertura terminará al final de dicho periodo de gracia.

La cobertura establecida en el Contrato Póliza quedará cancelada de pleno derecho respecto de aquellos afiliados que se haya verificado la falta de pago, en cuyo caso las pensiones que pudieran realizarse serán asumidas por el empleador que no realice el pago de las cotizaciones correspondientes al Sistema de Pensiones.

El periodo de gracia sólo se le aplicará a aquellos afiliados que se encuentren reportados en una nómina a través de la TSS, por lo cual todo afiliado que haya dejado de trabajar durante este periodo no tendrá cobertura de seguro.

Después de vencido el período de gracia La Compañía no tiene responsabilidad alguna en caso de que ocurra un siniestro posterior a tal período.

Cláusula No. 7:**MONEDA:**

Todos los pagos relativos a este Contrato Póliza se efectuarán en Moneda de curso legal en la República Dominicana. Si los pagos se pactan en monedas extranjeras, los pagos correspondientes se harán en la moneda pactada.

Cláusula No. 8:
TARIFA DE PRIMA:

La prima total que vencerá en la fecha de vigencia del Contrato Póliza y cuando el mismo sea renovado, será aquella que resulte de aplicar en cada fecha la tasa de prima establecida por la Ley 87-01 y sus eventuales modificaciones, la cual se aplica sobre los salarios cotizables definidos por dicha Ley para el Seguro de Discapacidad y Sobrevivencia. La tasa de la Prima es la indicada en las Condiciones Particulares de este Contrato Póliza. Esta tarifa estará sujeta a revisión por las autoridades competentes.

Queda expresamente prohibida la devolución de primas por experiencia favorable a favor de la contratante de la póliza.

Cláusula No. 9:
OBLIGACIONES DE LA CONTRATANTE:

a) Para el Beneficio por Sobrevivencia

Recibida la solicitud de pensión de Sobrevivencia y siempre que el fallecimiento del causante no se haya producido por un accidente de índole laboral o por enfermedad ocupacional, la Contratante una vez verificados los documentos requeridos dará inicio de reclamación a La Compañía.

Dentro de los diez (10) días calendario siguiente de recibida la Solicitud de Pensión de Sobrevivencia con toda la documentación anexa requerida, la Contratante deberá informar a La Compañía lo siguiente:

1. Salario base del afiliado, equivalente al promedio del salario cotizable reportados a la Contratante por los archivos de individualización del SUIR indexado de los últimos treinta y seis (36) meses o fracción acorde a la Ley 87-01 y sus normas complementarias.
2. Número de beneficiarios, identificación de los mismos, relación o parentesco, fechas de nacimiento, sexo y condición de discapacidad, de ser el caso, informando si existe algún potencial beneficiario con solicitud de evaluación de Discapacidad en trámite.
3. Transferencia del saldo acumulado por el afiliado fallecido en su Cuenta. La Contratante deberá transferir, el saldo acumulado a más tardar dos (2) días hábiles después de la fecha en que la Compañía haya aprobado la solicitud de pensión de Sobrevivencia.

Cuando el monto acumulado en la Cuenta del afiliado sobrepase el capital requerido para la obtención del beneficio estipulado como mínimo en la Ley 87-01, se incrementará el monto de la pensión con el total del diferencial del excedente de la Cuenta del afiliado.

La solicitud de Pensión por Sobrevivencia será tramitada por la Contratante mediante el formulario oficial denominado "Solicitud de Pensión de Sobrevivencia Declaración de Beneficiarios", acompañada únicamente por la siguiente documentación que deberá ser enviada a la Compañía para su custodia física en originales quedando un duplicado en digital de dichos documentos en la base de datos de La Contratante:

- Extracto del Acta de Defunción del afiliado activo, debidamente legalizada.
- Extracto del Acta de Nacimiento del Cónyuge legalizada.
- Extracto del Acta de Matrimonio del Cónyuge legalizada. En caso de existir una unión de hecho deberá de anexarse un Acto de Notoriedad en el que se declare la unión.
- Extracto del Acta de Nacimiento legalizada de todos los hijos del afiliado fallecido. Si hubiere hijos adoptivos se deberá presentar además la documentación legal que los acredite como tales.
- Consejo de Familia, debidamente homologado cuando el Beneficiario sea menor de edad en ausencia de tutores legales.
- Acto de Notoriedad para validar los hijos beneficiarios y la unión de hecho si aplica.
- De existir hijos discapacitados de cualquier edad, deberá presentar una Certificación de Calificación de Discapacidad emitida por la Comisión Médica Regional que corresponda.
- Acta Policial y/o documento emanado de autoridad competente, en caso de muerte no natural.
- Documento probatorio emanado del empleador de la actividad laboral que realizaba el afiliado al momento del siniestro.
- Formulario de Reclamación

b) Para el Beneficio por Discapacidad:

Siempre que la Discapacidad no se haya producido por un accidente de índole laboral o por enfermedad ocupacional, la Contratante dará inicio al proceso de reclamación.

La Contratante después de haber recibido el dictamen de Discapacidad de la Comisión Médica Regional de parte de la Superintendencia debe enviarlo en un plazo de dos (2) días hábiles a La Compañía, la cual podrá apelarlo por escrito conforme a lo establecido en los Reglamentos correspondientes, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de notificación del dictamen.

La Contratante deberá remitir a La Compañía la Certificación emitida por la Comisión Técnica sobre Discapacidad dentro de los diez (10) días calendario siguiente de recibida la Certificación que declara la Discapacidad del Asegurado.

La solicitud de Pensión por Discapacidad será tramitada por la Contratante mediante el formulario oficial denominado “Solicitud de Pensión de Discapacidad”, acompañado de la siguiente documentación que deberá ser enviada a la Compañía para su custodia física en originales quedando un duplicado en digital de dichos documentos en la base de datos de La Contratante:

1. Salario base del afiliado, equivalente al promedio del salario cotizante reportado a la Contratante por los archivos de individualización del SUIR indexado de los últimos treinta y seis (36) meses o fracción acorde a la Ley 87-01 y sus normas complementarias.
2. Copia de la Cédula de Identidad o Electoral y del Carnet de Seguridad Social del asegurado.

c) Envío de Archivo de Asegurados:

La Contratante se compromete a enviarle mensualmente a La Compañía por la vía de un archivo físico u electrónico/digital el listado de los asegurados conjuntamente con el pago de la prima correspondiente. Dicho listado contendrá: Nombre, Cédula de Identidad, Número de Seguridad Social, Sexo, Fecha Nacimiento, Salario Cotizable, Prima.

Cláusula No. 10: INDISPUTABILIDAD:

Esta Póliza podrá ser disputable por omisión o inexacta declaración de los hechos que sirvieron de base para la emisión de la misma y para la inclusión de un asegurado por primera vez en el Sistema, durante los primeros doce (12) meses de su emisión.

No obstante lo anterior, la validez de la póliza para cada asegurado no será disputada, excepto por falta de pago de las primas o por los casos establecidos en las exclusiones, una vez que el asegurado haya cotizado durante un período de doce (12) meses para el Seguro de Discapacidad y Sobrevivencia establecido en la Ley 87-01 y sus normas complementarias, no importando la Compañía de Seguros de que se trate. En el entendido de que esto último, no será aplicable a los afiliados al Sistema de Pensiones existentes a la fecha de la resolución que aprueba el presente contrato póliza conforme lo estipulan las exclusiones No. 4) y 5) de la Cláusula No. 14 del presente contrato póliza.

El Contrato Póliza, la inclusión de un asegurado o el reingreso de un asegurado, quedará automáticamente rescindido en caso de que La Compañía obtenga pruebas de que la Contratante ha omitido o alterado deliberadamente informaciones respecto a los hechos que sirvieron de base para la emisión de la misma, limitándose la responsabilidad de La Compañía a rembolsar las primas pagadas.

Cláusula No. 11: Rehabilitación:

Mediante una solicitud por escrito y cumplimiento del plan que se fije para el efecto, este Contrato Póliza podrá ser Rehabilitado dentro del primer año transcurrido a partir de su fecha de cancelación, siempre que se cumpla con las condiciones establecidas por La Compañía.

El contrato Póliza tomará como fecha efectiva de Rehabilitación la Fecha de Efectividad de la Cobertura indicada en el Endoso que se emita con estos fines cuando La Compañía apruebe dicha Rehabilitación y le sea comunicada por escrito a la Contratante.

Cláusula No. 12: PROCEDIMIENTOS LEGALES:

Comunicaciones:

Las comunicaciones que La Contratante deba hacer a La Compañía y viceversa se dirigirán directamente a las oficinas principales de ambas entidades en la República Dominicana. Sólo serán válidas las comunicaciones por escrito.

Prescripción:

Se establece una prescripción extintiva de dos (2) años para el asegurado o los beneficiarios a partir de la fecha de ocurrencia del siniestro, después de la cual no podrá iniciarse ninguna acción contra La Compañía.

Leyes Aplicables:

Queda establecido que esta póliza será interpretada de acuerdo con las leyes de la República Dominicana y se someterá a la jurisdicción de sus Tribunales y/o instancias competentes para cualquier conflicto derivado de la misma.

Cláusula No. 13:**CREACIÓN DE RESERVAS:**

Por cada póliza, La Compañía remitirá trimestralmente a la Superintendencia de Seguros con copia a la Superintendencia de Pensiones, a más tardar quince (15) días calendario posteriores a la fecha de corte, el monto de las reservas constituidas conforme el literal b) del artículo 141 de la Ley 146-02 en relación al Contrato Póliza sobre el seguro de discapacidad y sobrevivencia, tomando como base lo establecido en la Circular 16-03 sobre la tasa de interés técnica, las tablas de mortalidad y de invalidez emitida por la Superintendencia de Pensiones.

Cláusula No. 14**EXCLUSIONES**

No se efectuará pago alguno bajo este Contrato por ninguna pérdida que resultare o fuere causada, directa o indirectamente por:

1. Por participación en servicio militar, naval o policial en tiempo de guerra o mientras el Afiliado se encuentre bajo órdenes para acción bélica o restauración del orden público.
2. Guerra, guerra civil y ley marcial.
3. Por participación en crímenes y delitos, determinado judicialmente por sentencia con autoridad de cosa juzgada. El otorgamiento o no de la pensión se suspende hasta tanto se obtenga la sentencia irrevocable antes descrita.
4. Suicidio o intento de suicidio provocados por el mismo asegurado estando o no en uso de sus facultades mentales, que se hubiese producido durante los primeros doce (12) meses de inclusión del asegurado por primera vez en el Sistema de Pensiones. Para los casos de lesiones, enfermedades o discapacidad provocadas por el mismo asegurado estando o no en uso de sus facultades mentales, que se hubiese producido antes de los doce (12) meses de inclusión del asegurado por primera vez en el Sistema de Pensiones. En el entendido de que esta exclusión no será aplicable a los afiliados al Sistema de Pensiones existentes a la fecha de la resolución que aprueba el presente contrato póliza.
5. Muerte o Discapacidad que sea el resultado de lesiones corporales o enfermedades catastróficas preexistentes que hubieren ocurrido o existido en, o antes de la fecha de inclusión como asegurado, en caso de tener el afiliado menos de nueve (9) meses acumulados de cotización. En el entendido de que esta exclusión no será aplicable a los afiliados al Sistema de Pensiones existentes a la fecha de la resolución que aprueba el presente contrato póliza. Una lesión corporal o enfermedad será considerada preexistente para el asegurado, cuando cumple por lo menos con una de las condiciones siguientes:

- a) Que previamente a su inclusión como asegurado un médico le haya elaborado un diagnóstico.
 - b) Que por la historia clínica del padecimiento un perito médico así lo determine. Perito Médico es el médico especialista en la materia específica de que se trate la enfermedad.
6. Por Fusión o Fisión nuclear, contaminación radioactiva reacción o radiación nuclear general.

Cláusula No. 15:

TERMINACION DEL CONTRATO POLIZA

La Compañía y la Contratante podrán dar por terminada la presente póliza en cualquier fecha de vencimiento de primas enviándole aviso a la Contratante de la terminación con por lo menos 31 días de anticipación, situación que deberá ser comunicada, en la misma fecha a la Superintendencia de Pensiones.