

POLIZA DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION

La Colonial, S. A., Compañía de Seguros, en adelante denominada (la Compañía), conviene en asegurar bajo el Plan de Indemnización Diaria por Hospitalización, e indemnizar en base a la cobertura establecida y según las Condiciones, Definiciones, Exclusiones y Disposiciones en esta Póliza y en el Certificado de Seguros (Cuadro de Póliza) a la(s) Persona Asegurada(s) nombradas en el Certificado de Seguros (Cuadro de Póliza), en caso de una hospitalización por causa de una Enfermedad o lesión ocurrida a la Persona Asegurada durante el Período de vigencia de la misma y previo pago de la Prima por parte del cliente.

CONDICIONES GENERALES

I CONTRATO

La solicitud para le emisión de la presente Póliza firmada por el Asegurado quien garantiza la veracidad de las declaraciones contenidas en la misma, el Certificado de Seguros (Cuadro de Póliza), al igual que los Anexos y formularios de información, incluyendo los exámenes médicos si los hubiese, forman parte integrante de la Póliza y constituyen la Base Legal para el presente Contrato entre las partes.

II DEFINICIONES

1. **SOLICITUD PARA LA EMISION:** Documento mediante el cual el solicitante del Seguro informa a la Compañía sus datos personales para la apreciación del riesgo y donde autoriza el pago de las primas a través de su cuenta.
2. **CERTIFICADO DE SEGUROS (Cuadro de Póliza):** Documento en el cual se indican los datos de la Póliza, tales como nombres y datos de la(s) Persona(s) Asegurada(s), vigencia, Renta Básica Diaria y el cual se adjunta y forma parte de la Póliza.
3. **PLAN:** Corresponde al Plan de Renta Diaria por Hospitalización cuyo beneficio se define a través del monto señalado como Renta Básica diaria en el Certificado de Seguros (Cuadro de Póliza).
4. **ASEGURADO TITULAR:** Significa el cliente, hasta los sesenta y cinco (65) años de edad en

la Fecha de Efectividad del Seguro bajo este Plan.

5. **FAMILIARES ELEGIBLES:** Significa el Cónyuge del Asegurado Titular hasta los sesenta y cinco (65) años de edad en la Fecha de Efectividad del Seguro bajo este Plan, y todos los Hijos(as) solteros(as) dependientes incluyendo hijastros(as) o hijos(as) legalmente adoptado(as) por el Asegurado Titular con edades comprendidas entre los 6 meses y los 18 años de edad, en la fecha de Efectividad de Seguro bajo este Plan.
6. **PERSONA ASEGURADA:** Es el Asegurado Titular y aquellos Familiares Elegibles que se nombra en el Certificado de Seguros (Cuadro de Póliza). Cuando alguno de ellos, lleguen a los sesenta y nueve (69) años de edad, o cualquier hijo(a) dependiente Asegurado llegue a los dieciocho (18) años de edad, veintitrés (23) si es estudiante, se aplicará la disposición de Terminación Automática de la Cláusula XII de esta Póliza por cuanto deja de ser persona asegurada.
7. **FECHA DE COMIENZO DEL SEGURO:** Significa el día, mes y año en el cual esta Cobertura de Seguro comienza para cada Persona Asegurada bajo esta Póliza, como se indica en el Certificado de Seguros (Cuadro de Póliza). La Cobertura bajo esta Póliza comenzará a las 12:01 horas de la fecha especificada.
8. **FECHA ANIVERSARIO:** Significa el aniversario de la Fecha de Efectividad del Seguro, según se indica en el Certificado de Seguros (Cuadro de Póliza).
9. **RENTA BASICA DIARIA:** Corresponde a la indemnización pagadera por cada noche de hospitalización de una Persona Asegurada a consecuencia de una enfermedad o lesión cubierta por esta Póliza y cuyo monto diario se especifica en el Certificado de Seguros (Cuadro de Póliza).

10. ENFERMEDAD: Cualquier alteración de la salud del Asegurado que le ocasione reducción de su capacidad funcional y de la cual se origina un diagnóstico que la define, certificado por un médico durante la vigencia de la Póliza y que sea base para una reclamación de acuerdo a los términos de la misma, excepto en el caso de Condición de Pre Existente, como se indica en la Cláusula VII de esta Póliza. Tal enfermedad debe ocasionar, directa e independientemente de cualquier otra causa, la hospitalización Asegurado.
- Institutos o sanatorios en los cuales se presta servicio de cuidados de larga duración tales como curas de reposo, geriatría, drogadicción, alcohólicos o bien terapias ocupacionales.
11. LESION ACCIDENTAL: Daño corporal accidental visible y apreciable por reconocimiento médico sufrido por el Asegurado durante la vigencia de la Póliza y que sea base para una reclamación de acuerdo a los términos de esta Póliza, excepto en el caso de Condición de Pre-Existencia como se indica en la Cláusula VII de esta Póliza. Tal lesión debe ocasionar, directa e independientemente de cualquier otra causa, la hospitalización del Asegurado.
12. INSTITUCIÓN HOSPITALARIA: Significa un establecimiento legalmente constituido de acuerdo con las leyes del País en que se opera y que cumple los siguientes requisitos:
- Opera para la atención médica de pacientes internos enfermos o lesionados.
 - Mantiene instalaciones organizadas para el diagnóstico, tratamiento y cirugía así como unidades de cuidados intensivos para los pacientes, dentro del mismo establecimiento en facilidades controladas por ese establecimiento.
 - Proporciona servicios de enfermería a tiempo completo bajo la supervisión del equipo de enfermería.
13. HOSPITALIZACION: Reclusión de una persona dentro de una institución Hospitalaria en calidad de paciente interno bajo la supervisión de un médico autorizado.
14. PACIENTE INTERNO: Persona cuyo ingreso a una Institución Hospitalaria se realiza por recomendación de un médico debidamente autorizado quien lo justifica con la finalidad de prestarle atención médica en relación a una enfermedad o lesión cubierta por esta Póliza y de este modo indicarle el tratamiento indicado bien sea quirúrgico o no.
15. MEDICO: Profesional de la Medicina legalmente autorizado para ejercer su profesión de acuerdo a las leyes del País en el cual ejerce.
16. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS –UCI: Es la sala del Centro de Salud que sirve para brindar atención a pacientes con enfermedades agudas y que se encuentran en peligro de muerte, la cual está dotada de equipos con moderna tecnología, especialistas y un cuerpo de enfermería debidamente capacitado en el ramo, para brindarle a los pacientes asegurados una atención de calidad y que permita que éstos puedan recuperarse lo antes posible. Este beneficio aplica hasta un máximo de 180 días por cada Asegurado.

Para los efectos de esta Póliza no se consideran instituciones hospitalarias:

- Una institución mental o utilizada para el tratamiento de enfermedades psiquiátricas bien el Departamento psiquiátrico de una institución hospitalaria.

III BENEFICIOS

El beneficio previsto en esta Póliza viene dado por la indemnización al cliente a consecuencia de una hospitalización a causa de enfermedad o lesión accidental cubierta que ocurra durante la vigencia de esta Póliza a cualquiera de las Personas Aseguradas señaladas en el Certificado de Seguros (Cuadro de Póliza).

La indemnización se hará de acuerdo al monto que define la Renta Básica por Hospitalización estipulado en el Certificado de Seguros (Cuadro de Póliza) durante el período en que la Persona Asegurada esté hospitalizada.

El monto diario de indemnización a pagar cuando el Asegurado se encuentre interno en la Unidad de Cuidados Intensivos, es el doble de la suma contratada originalmente por el Asegurado.

IV DISPOSICIONES

- 1. ATENCIÓN Y CUIDADO MEDICO DIARIO:** La renta Básica por Hospitalización no se pagará si la Persona Asegurada no se encuentra bajo la atención y cuidado de un médico autorizado para el ejercicio de su profesión.
- 2. PERIODO DE INDEMNIZACIÓN:** La Renta Básica Diaria será pagada desde la fecha de ingreso en la institución Hospitalaria por un período que no exceda de los 365 días para todos los períodos de Hospitalización a consecuencia de una enfermedad o lesión accidental.
- 3. HOSPITALIZACIONES SUCESIVAS:** La hospitalización de una Persona Asegurada que comience mientras esta Póliza esté en vigor con respecto a esa Persona Asegurada, y que se deba a la misma causa o causas relacionadas a una Hospitalización anterior por la cual se haya pagado indemnización diaria bajo este Plan y que no esté separada por un período de por lo menos doce (12) meses, será considerada una continuación de dicha Hospitalización anterior. Se considerará que esta Hospitalización ha ocurrido durante el mismo período de Enfermedad, o ha sido resultado de la misma Lesión para el propósito de determinar el Período de Indemnización estipulado y el máximo beneficio pagadero bajo esta Póliza.

Hospitalizaciones separadas por un período de doce (12) meses o más no serán consideradas como ocurridas durante el mismo período de enfermedad o como resultado de la misma lesión para el propósito de determinar el período de Indemnización estipulado y máximo Beneficio pagadero bajo esta Póliza.

- 4. OTROS SEGUROS BAJO ESTE PLAN:** Una Persona Asegurada no puede estar cubierta bajo más de una Póliza del Plan de Renta Diaria por Hospitalización correspondiente la institución de la cual es afiliado. En caso de que una Persona Asegurada esté cubierta bajo más de una Póliza de dicho Plan, La Compañía considerará a esa Persona Asegurada bajo la Póliza que provea la mayor cantidad de beneficio. Si el beneficio es idéntico en cada Póliza, La Compañía considerará que esta Persona está asegurada bajo la Póliza que haya sido emitida primero. La Compañía devolverá cualquier pago de prima que dicha persona haya hecho por duplicado.
- 5. CUALQUIER OTRO SEGURO:** Con que excepción de lo explicado anteriormente, el Beneficio de esta Póliza se pagará además de cualquier otro beneficio de seguro al cual la Persona Asegurada tenga derecho.
- 6. LIMITE GEOGRAFICO:** El Seguro provisto bajo esta Póliza es efectivo solo en el territorio nacional.

V PLAZOS DE ESPERA

A los efectos de la cobertura otorgada por la presente Póliza y para todas las Personas Aseguradas, se aplicarán los siguientes Plazos de Espera, los cuales serán contados a partir de las fechas de emisión, de su rehabilitación o bien para la fecha de inclusión de un nuevo familiar.

- 1.** Seis (06) meses para los casos tratamientos quirúrgicos indicados a causa de adenoides, amigdalitis, hemorroides, fistulectomía, estifinterotomía, colecistectomías y enfermedades ginecológicas.
- 2.** Treinta (30) días para las enfermedades y/o procedimientos no mencionados anteriormente.

3. Los accidentes no están sujetos a plazos de espera.

VI EXCLUSIONES

El seguro bajo esta Póliza no cubre y no pagará indemnización por:

1. Hospitalización causada por o como resultado de:
 - a. Actos de guerra declarada o no, insurrección militar o usurpación militar del poder o alistarse al servicio militar con cualquier fuerza armada de cualquier País u organismo internacional.
 - b. Tentativa de suicidio, autodestrucción o lesiones autoinfligidas ya sea en estado de cordura o pérdida de la razón.
 - c. Dedicarse a practicar o tomar parte de entrenamientos propios de deportes de buceo, alpinismo o escalamiento de montañas, donde se haga uso de sogas o guías, espeleología, paracaidismo, planeadores, motociclismo, deportes de invierno, deportes profesionales o carreras que no sean a pie.
 - d. Uso de aeronaves, incluyendo helicópteros, a menos que sea como pasajero que paga boleto de un avión de líneas aéreas o compañías de vuelos comerciales con la debida autorización para el transporte frecuente de pasajeros.
 - e. Actos ilícitos de la Persona Asegurada contrarios a las leyes del País en el cual ocurra la enfermedad o lesión tales como participación en riñas, alteraciones del orden público, motines, huelgas, tumultos o disturbios de toda clase.
 - f. Enfermedades causadas por el Virus de Inmuno Deficiencia Humana (VIH), Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) y sus consecuencias.
 - g. Lesiones accidentales producidas mientras la Persona Asegurada conduzca cualquier tipo de vehículo manteniendo un nivel de alcohol en la sangre más alto que el permitido por la Ley del País donde ocurra la lesión o la enfermedad.

- h. Estado de gestación, alumbramiento o aborto, o complicaciones surgidas a causa de estos hechos.
- i. Consultas periódicas para verificación de la salud, controles pediátricos, controles ginecológicos, exámenes con fines de diagnósticos o de chequeos y servicios asistenciales no relacionados directamente con una enfermedad cubierta por esta Póliza y soportado por un diagnóstico que certifique el trastorno de la salud emitido por un médico debidamente autorizado.
- j. Tratamientos para la obesidad mórbida o reducción de peso.
- k. Tratamiento del tipo cosmético, cirugía estética, tratamientos para deformaciones naturales, salvo los del tipo reconstructivo por una lesión accidental.
- l. Tratamientos tales como acupuntura, medicina naturista, homeopatía y cualquier otra especialidad no reconocida por la Asociación Médica Dominicana.
- m. Condiciones médicas Pre-existentes según se define la Cláusula VII de esta Póliza.

2. Hospitalización en un establecimiento que no reúna los requisitos descritos en la Cláusula II.

VII CONDICIONES MEDICAS PRE-EXISTENTES

Una condición médica pre-existente significa: Toda enfermedad o defecto físico congénito o adquirido, secuelas de accidentes, de intervenciones quirúrgicas ó embarazos que la Persona Asegurada padezca o haya padecido antes de la fecha de la emisión de la presente Póliza, conocida o no por él mismo. (O bien aquellas enfermedades de carácter crónico que en consecuencia requieren un período de tiempo largo de desarrollo en el organismo humano para manifestarse y ocasionar lesiones corporales o funcionales). Una Condición médica Pre-Existente será considerada enfermedad o lesión accidental cubierta según los Términos de esta Póliza después de que una Persona Asegurada ha estado cubierta por un período de doce (12) meses consecutivos. Si la enfermedad o lesión accidental es conocida deberá ser declarada en la solicitud y aceptada por la Compañía al momento de la emisión.

VIII PAGO DE LAS PRIMAS Y AJUSTES

Las primas serán pagaderas con cargo a la cuenta indicada por el Asegurado en la institución de la cual sea cliente, según sea lo convenido.

IX FORMA DE PAGO

Las primas de este seguro corresponden a períodos de coberturas anuales. Sin embargo, la Compañía podrá convenir en períodos de cobertura mensuales, según se especifique en la solicitud, para los cual se aplicará la tarifa de prima correspondiente a esos períodos y serán calculadas en base a las tarifas aprobadas por la Superintendencia de Seguros.

X CONTRATO DE RENOVACIÓN

Este Contrato será renovado automáticamente previa autorización por parte de la Compañía, la cual se reserva el derecho de revisar las Condiciones Generales de la Póliza previa autorización por parte de la Superintendencia de Seguros. No se emitirán Certificados de Renovación.

XI ADICIONES Y MODIFICACIONES

Si un miembro Familiar Elegible no está asegurado, el Asegurado puede incluir dicha Persona Elegible dándole a la Compañía una petición por escrito indicando el nombre, sexo y fecha de nacimiento de la persona a ser asegurada.

Sujeto a la aprobación por parte de la Compañía, el Seguro para dichas Personas Elegibles comenzará en la fecha en que dicha petición sea aprobada o en la fecha indicada en la petición, la que sea posterior.

La prima estipulada para tal(es) Persona(s) Elegible(s) será facturada a la cuenta del Asegurado.

Toda modificación que el Asegurado desee hacer durante la vigencia de la Póliza, deberá ser solicitada por escrito y la misma quedará registrada mediante Anexo que para tal efecto emitirá la Compañía y los mismos entrarán en vigencia a partir de la fecha indicada y una vez efectuado el ajuste y cancelación de las primas a que hubiese lugar.

XII ANULACIÓN DEL SEGURO

1. Derecho a Devolver la Póliza: En caso que el Asegurado no esté satisfecho con la Póliza,

por cualquier razón, puede devolverla a la Compañía dentro de los treinta (30) días después de recibirla y será anulada. Si alguna prima ha sido pagada le será acreditada a su cuenta. En este caso, esta Póliza será considerada anulada desde la fecha de comienzo del seguro y la Compañía no será responsable por ninguna hospitalización ocurrida con anterioridad a la devolución de la Póliza.

2. Anulación por el Afiliado: Si el Asegurado desea anular su Póliza o terminar su cobertura, o la de las Personas Aseguradas cubiertas por la misma, dicha notificación a la Compañía debe hacerse por escrito. Si el Asegurado notifica por escrito a la Compañía su deseo de anular esta cobertura, esta anulación se hará efectiva el primero del mes siguiente luego de recibirse el aviso, o en el primero del mes estipulado en dicha notificación, según cual sea la fecha posterior. La prima a devolver será calculada a prorrata si procediese.
3. Anulación por la Compañía: Si la anulación la hace la Compañía, ésta notificará al Asegurado de la terminación de este Seguro por medio de una carta certificada enviada a su última dirección conocida. Dicha anulación se hará efectiva quince (15) días después de la fecha de dicha notificación. El reintegro de la prima que fuese procedente, será hecho a prorrata por el tiempo que falta por transcurrir correspondiente de cobertura amparado por la prima previamente cancelada por el cliente.
4. Anulación Automática:
 - a. El Contrato Póliza quedará automáticamente anulado si ocurre cualquiera de los siguientes eventos al Cliente Asegurado:
 - Cancelación de la cuenta que el Asegurado mantiene con la institución a través de la cual se factura la prima por esta Póliza.
 - Fallecimiento del Asegurado (la cobertura para los familiares elegibles quedará vigente hasta la renovación).

b. Para cualquiera de las Personas Aseguradas la Cobertura bajo este Contrato terminará automáticamente al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

- Muerte de la Persona Asegurada.
- En la fecha de renovación siguiente en que la Persona Asegurada cese de ser miembro familiar elegible según se indica en la Cláusula II.
- Para el titular y cónyuge en la fecha de renovación siguiente a haber cumplido sesenta y nueve (69) años de edad.
- Con respecto a un(a) hijo(a) dependiente asegurado(a), la fecha en la renovación siguiente de haber cumplido los veinte (20) años de edad, o la Fecha Aniversario siguiente a su matrimonio o si de otra manera cesa de ser dependiente del Cliente Asegurado.

5. Anulación por Falta de pago de Prima:

- a. En caso de que la prima inicial facturada a la cuenta del Asegurado en la institución de la cual es cliente, no haya sido cargada en su cuenta, esta Póliza se considerará nula desde la fecha de comienzo del seguro.
- b. En el caso de que una o más primas facturadas al Asegurado hayan sido pagadas, la falta de pago de cualquier prima posterior resultaría en la anulación de la cobertura bajo esta Póliza en la fecha de vencimiento del pago de la prima.

6. Fecha de Anulación: Esta Póliza terminará a las 12:01 AM en la fecha pertinente especificada anteriormente.

7. Estado del Pago de las Primas en Caso de Anulación: En el caso de las primas que han sido pagadas por cualquier período posterior a la fecha de anulación de esta Póliza, la prima correspondiente será acreditada a la cuenta del Asegurado o devuelta al mismo.

Si la prima por el período anterior al período de anulación no ha sido pagada, el Asegurado será responsable por este pago de las primas a la Compañía y la Compañía tendrá la opción de facturar estas primas a la cuenta del Asegurado.

13. Rehabilitación

Si esta Póliza es anulada por cualquier razón, la cobertura podría ser restablecida previa aceptación y aprobación por parte de la Compañía y las Personas Aseguradas deberán cumplir con todos los requisitos para la emisión de una nueva Póliza quedando sujeta a los Plazos de Espera contenidos en la Cláusula V de esta Póliza.

14. Disposición de Reclamaciones:

1. Notificación de Reclamos. Toda hospitalización derivada de una enfermedad o lesión cubierta por esta Póliza, se indemnizará en base a los originales de las certificaciones médicas, de diagnósticos, facturas legalmente identificadas de las instituciones hospitalarias y demás documentos originales que certifiquen los servicios de hospitalización suministrados a la Persona Asegurada. Si ocurriera un suceso que diera lugar a reclamaciones bajo esta Póliza, deberá enviarse la notificación por escrito a la Compañía dentro de un lapso máximo de treinta (30) días continuos contados a partir de la fecha de egreso del Asegurado de la Institución Hospitalaria.
2. Cooperación. En caso de una reclamación en virtud de la presente Póliza, el Asegurado no sólo procederá a dar aviso a la Compañía tal y como se especifica en el párrafo anterior, sino que adoptará y permitirá que se adopten todas las medidas que fueren razonables para reducir al mínimo las consecuencias de la enfermedad o lesión que motivó la hospitalización. El Asegurado está obligado en cualquier tiempo, a entregar a la Compañía todos los recibos, facturas, resultados de exámenes y cualquier otro documento que la Compañía considere necesario exigir con

- referencia a una reclamación. Igualmente el Asegurado está obligado a obtener la autorización correspondiente, para que todos los médicos que estén atendiendo o hubiesen atendido tanto a él como a cualquiera de las Personas Aseguradas, proporcionen a la Compañía información sobre el estado físico, historia clínica y demás circunstancias que se relacionen con la Persona Asegurada. La Compañía a su propio costo tendrá derecho a examinar por sus médicos a cualquier Asegurado inscrito en la presente Póliza, y el mismo se obliga a someterse a dichos exámenes,
3. Pago de Indemnización. La Compañía indemnizará al Asegurado o a sus causahabientes si éste hubiese fallecido antes del pago, según las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza, el monto establecido como Renta Básica Diaria para cada día de hospitalización, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes contados a partir de la fecha de haber recibido la totalidad de los documentos que conforman el reclamo.
 4. Arbitraje. Queda expresamente convenido que si entre el Asegurado y la Compañía surgiere alguna controversia en cuanto a la interpretación de los Términos y Condiciones de esta Póliza, así como en la evaluación y liquidación de cualquier siniestro o bien en caso de un rechazo, dicha controversia o desacuerdo tendrá que someterse a la decisión de un árbitro arbitrador deberá dar su fallo por escrito dentro del período que las partes convengan al momento de su designación; en caso contrario se someterá la controversia al Superintendente de Seguros del Ministerio de Hacienda quien actuará como árbitro arbitrador. Cada una de las partes compartirá en partes iguales el costo del árbitro arbitrador.
 5. Caducidad de las Acciones/ El Asegurado pierde todo derecho a indemnización y en consecuencia la Compañía quedará relevada de toda

responsabilidad, en los siguientes términos:

- a. Reclamos que no sean presentados dentro del lapso y condiciones previstas en la presente Póliza.
- b. Si durante los seis (6) meses siguientes a la fecha de un rechazo de cualquier reclamación, el Asegurado no hubiese demandado judicialmente a la Compañía o convenido con ésta el arbitraje previsto anteriormente.
- c. Los derechos que confiere esta Póliza caducarán definitivamente si, dentro de los doce (12) meses siguientes a la ocurrencia de un reclamo, el Asegurado no hubiese iniciado la correspondiente acción judicial o el arbitraje previsto anteriormente.
- d. La Compañía y el Asegurado convienen que se entenderá iniciada la acción una vez introducido el libelo de la demanda por ante un Tribunal competente.

15. Causales de Nulidad del Contrato

Esta Póliza quedará automáticamente anulada y la Compañía quedará relevada de toda responsabilidad perdiendo el Asegurado todo derecho a indemnización en los siguientes casos:

1. En caso que la declaración del Asegurado contenida en la solicitud de emisión, sea información falsa, inexacta o bien se omita en dicha solicitud información que de haber sido conocida por la Compañía al momento de la emisión, pudiera haberla retraído de celebrar este Contrato o imponer alguna Condición específica.
2. Si en cualquier momento posterior a la firma de la solicitud o a la emisión de la Póliza, el Asegurado incurriere en alguna reticencia o hiciese una manifestación falsa respecto a cualquier circunstancia que afecte el concepto del riesgo.

3. En los casos en que el Asegurado presente alguna reclamación basada en medios fraudulentos para obtener beneficios bajo esta Póliza.
4. Si en cualquier momento se emplean medios o documentos engañosos por el Asegurado o terceras personas que obren en por cuenta de éste, para sustentar un reclamación o para derivar beneficios de Seguro contenido en esta Póliza.
5. Casos en los cuales la prima correspondiente no haya sido cancelada por el Asegurado.

16. Moneda

Toda Cantidad pagadera por la Compañía, según, esta Póliza, será hecha en la moneda en que se ha emitido el Certificado de Seguros (Cuadro de Póliza).

17. Domicilio

Se fija como domicilio especial para todos los efectos del presente Contrato, la ciudad de Santo Domingo, con exclusión de cualquier otro.