

CARIBBEAN AMERICAN LIFE ASSURANCE COMPANY
Torre Chardón, 350 Avenida Carlos Chardón, Suite 1101, San Juan, Puerto Rico, 00918

CERTIFICADO DEL SEGURO

Póliza

Nombre del Tenedor de la Póliza: Banco Popular de Puerto Rico
Número de la Póliza Maestra: 1M-2608
Número del Certificado:
Fecha de Vigencia:

Asegurado

Nombre Completo: [insured full name]
Dirección:
Ciudad:

Beneficiarios

Nombre completo	Porcentaje
_____	_____
_____	_____
_____	_____

TABLA DE COBERTURA Y BENEFICIOS

COBERTURA	BENEFICIO
Desmembramiento Accidental	\$
Muerte Accidental	\$
Beneficio por Hospitalización	\$
Fractura de Huesos	\$
Beneficio de Rehabilitación	\$
Gastos Finales	\$

Prima

Prima mensual: \$
Nota: La prima se deducirá mensualmente de la cuenta designada por el asegurado al momento de inscripción.

Para información adicional, favor de llamar a nuestro Departamento de Servicio al Cliente al (787) 250-6470, o por fax al: (787) 250-7680.



Federico Grosso
PRESIDENTE
Caribbean American Life Assurance Company

Importante: Nada incluido en el presente habrá de usarse para variar, cambiar, alterar o diferenciar ninguno de los términos, límites o condiciones de este Certificado, salvo como se consigna previamente.

CARIBBEAN AMERICAN LIFE ASSURANCE COMPANY

Torre Chardón, 350 Avenida Carlos Chardón, Suite 1101, San Juan, PR 00918

Caribbean American Life Assurance Company (la "Compañía") emite este Certificado para asegurar a las personas elegibles del Tenedor de la Póliza nombrado en la portada de este Certificado (denominados individualmente como "Persona Asegurada"). Este seguro estará vigente desde la Fecha de Vigencia consignada en la portada de este Certificado. Este Certificado no es la Póliza, solo provee un resumen de la cobertura provista y está sujeto a todas las definiciones, limitaciones, condiciones y otros términos y condiciones consignados en la Póliza, copia de la cual está disponible en las oficinas de Caribbean American Life Assurance Company en la 350 Avenida Carlos Chardón, Suite 1101, San Juan, Puerto Rico 00918

DEFINICIONES

1. "Accidente", dondequiera que se use en este Certificado, significa un suceso inesperado o imprevisto, ya sea por su causa o por su resultado.
2. "Día(s) de Reclusión", dondequiera que se use en este Certificado, significa cada día único (1) de reclusión Hospitalaria para la cual el Hospital efectúa un cargo por habitación y alimentos.
3. "Hospital", dondequiera que se use en este Certificado, significa un establecimiento que: (1) es operado conforme a la ley para el cuidado y tratamiento de las personas lesionadas y enfermas; (2) tiene instalaciones organizadas para el diagnóstico y cirugía dentro de sus predios o en instalaciones disponibles para este sobre una base preacordada; (3) tiene servicios de enfermería las 24 horas al día mediante enfermeras graduadas ("R.N."); y (4) es supervisado por uno o más médicos. "Hospital" no incluye: (1) una unidad de enfermería, convalecencia o geriátrica de un hospital cuando un paciente se encuentra recluso principalmente para recibir cuidado de enfermería; (2) una instalación a donde, aparte de incidentalmente, los pacientes van a descansar, rehabilitarse, convalecer, recibir servicios de cuidado de enfermería, o una instalación que provee servicios de residencia y/o de cuidado a envejecientes; ni incluye ninguna sala, ala u otra sección del hospital que sea utilizada para esos propósitos;
4. "Lesión", dondequiera que se use en este Certificado, significa un daño corporal causado por un Accidente sufrido por una Persona Asegurada en cualquier parte del mundo y que ocurre mientras este Certificado está vigente con respecto a la persona cuya lesión es la base de la reclamación, y que resulta de forma directa e independiente de cualesquiera otras causas de pérdida cubiertas por este Certificado. Lesión incluye aquellas lesiones incurridas durante un viaje mientras la Persona Asegurada viaja como pasajero (pero no como piloto, operador o miembro de la tripulación) en o sobre, embarcado o desembarcando de:
 - (a) cualquier aeronave civil que cuente con un certificado vigente y válido de aeronavegabilidad emitido por la Agencia de Federal de Aviación de los Estados Unidos o su equivalente extranjero emitido por la autoridad gubernamental que tiene jurisdicción sobre la aviación civil en el país en el que está registrada, y que está pilotada por una persona que cuenta con un certificado de competencia vigente y válido con una calificación que le autoriza a pilotar dicha aeronave; o
 - (b) cualquier aeronave de transporte operada por el Comando de Aerotransporte Militar (Military Airlift Command, MAC) de los Estados Unidos, o por un servicio de transporte aéreo similar de cualquier autoridad gubernamental debidamente constituida de cualquier otro país reconocido;

con la salvedad de que este Certificado no será de aplicación mientras dicha Persona Asegurada viaje en cualquier aeronave civil o militar de forma alguna que no sea como se describe expresamente en el presente, a menos que la Compañía haya consentido previamente por escrito.

Si por motivo de un Accidente que ocasiona una Lesión cubierta por este Certificado, una Persona Asegurada se expone inevitablemente a los elementos, y como resultado de esa exposición, sufre una pérdida por la cual

de otra manera se pagaría una indemnización bajo el presente, dicha pérdida estará cubierta en virtud de los términos del Certificado.

5. "Paciente Hospitalizado", dondequiera que se use en este Certificado, significa una persona: (a) que está recluida en un Hospital como un paciente encamado registrado; y (b) a quien el Hospital está cobrando al menos un (1) día de habitación y alimentos.
6. "Persona Asegurada" significa la persona a quien se emite este Certificado.
7. "Médico" habrá de significar un doctor en medicina con una licencia permanente y válida para la práctica de la medicina dentro de la jurisdicción en la que se proporciona el diagnóstico, consejo, tratamiento o cirugía.
8. "Condición Preexistente" significa una enfermedad, dolencia o condición física que:
 - (a) en los seis (6) meses antes de la fecha de comienzo de vigencia de la cobertura de una Persona Asegurada en virtud de este Certificado hizo que la Persona Asegurada buscara atención de la salud; y
 - (b) causara una incapacidad en los seis (6) meses después de la fecha de comienzo de vigencia de la cobertura de la Persona Asegurada.
9. "Tabla de Cobertura y Beneficios", dondequiera que se use en este Certificado, significa la Tabla de Cobertura y Beneficios de este Certificado.

BENEFICIOS

BENEFICIO POR MUERTE ACCIDENTAL: Si una Lesión a la Persona Asegurada tiene como consecuencia el fallecimiento de la Persona Asegurada en un plazo de noventa (90) días a partir del Accidente, entonces la Compañía pagará el Beneficio por Muerte Accidental. Si la pérdida cubierta en virtud de este Beneficio por Muerte Accidental ocurre después de haberse realizado un pago, si alguno, en virtud de cualquier otra disposición de beneficios de este Certificado, entonces la Compañía pagará el Beneficio por Muerte Accidental indicado en la Tabla de Cobertura y Beneficios menos cualquier monto pagado en virtud de cualquier otra disposición de beneficios del Certificado.

BENEFICIO POR DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL: Si una Lesión a la Persona Asegurada tiene como consecuencia cualquiera de las pérdidas consignadas a continuación en un plazo de noventa (90) días a partir del Accidente, entonces la Compañía pagará un porcentaje del Beneficio por Desmembramiento Accidental que se refleja en la Tabla de Cobertura y Beneficios, según se indica a continuación.

PÉRDIDA DE:	PORCENTAJE DE BENEFICIO:
Dos Manos, Dos Pies, o la Visión en Ambos Ojos	100%
Una Mano y Un Pie	100%
Una Mano y la Visión en Un Ojo	100%
Un Pie y la Visión en Un Ojo	100%
Una Mano, Un Pie o la Visión en Un Ojo	50%
Pulgar y Dedo Índice de la Misma Mano	25%

Cualquier Dedo (que no sea el pulgar y el dedo índice) 10% cada uno
de Una Mano

Si más de una de dichas pérdidas especificadas resultare del mismo Accidente, solo un monto, el mayor, se pagará.

“Pérdida” habrá de significar, en referencia a una mano o pie, la separación completa a través o más arriba de la articulación de la muñeca o del tobillo, y en referencia a la visión en cualquier ojo, la pérdida total e irrecuperable de la visión en el mismo.

“Pérdida” habrá de significar, en referencia al pulgar y/o dedos de la mano, la separación completa a través o más arriba de las coyunturas metacarpofalángicas.

BENEFICIO EN EFECTIVO DIARIO POR RECLUSIÓN HOSPITALARIA (CA9049EQ-S-0715): Un Beneficio en Efectivo Diario por Reclusión Hospitalaria se pagará a la tasa diaria que se consigna en la Tabla de Cobertura y Beneficios si una Persona Asegurada es admitida a un Hospital como un Paciente Hospitalizado a consecuencia de una Lesión o enfermedad cubierta. El Beneficio en Efectivo Diario por Reclusión Hospitalaria se pagará a partir del cuarto Día de Reclusión por hasta 60 días (no necesariamente consecutivos) con relación a un (1) solo evento de Lesión o enfermedad.

BENEFICIOS POR HUESOS FRACTURADOS (CA9043EQ-S-0715): Si la Persona Asegurada sufre la Fractura de un hueso como resultado de un accidente cubierto por la Póliza, la Compañía pagará el porcentaje aplicable al tipo de Fractura, conforme a la Tabla de Beneficios, del monto consignado en la Tabla de Cobertura y Beneficios.

TABLA DE BENEFICIOS POR HUESOS FRACTURADOS

HUESO	Tipo de Fractura		
	Múltiple Cerrada o Abierta	Parcial Abierta	Parcial Cerrada
Cráneo	100%	70%	50%
Maxilar Superior	80%	56%	40%
Maxilar Inferior	80%	56%	40%
Clavícula	100%	70%	50%
Omóplato	100%	70%	50%
Húmero	100%	70%	50%
Cúbito	75%	53%	38%
Radio	75%	53%	38%
Esternón	50%	35%	25%
Costillas	25%	18%	13%
Pelvis	100%	70%	50%
Columna vertebral	100%	70%	50%
Fémur	100%	70%	50%
Rótula	75%	53%	38%
Tibia	100%	70%	50%
Peroné	100%	70%	50%
Tarso	25%	18%	13%
Metatarso	25%	18%	13%
Falanges de los Pies	15%	11%	8%

Las siguientes definiciones se aplicarán a este Beneficio por Huesos Fracturados:

Fractura: Lesión traumática al hueso causada por una interrupción del tejido esquelético.

Fractura múltiple abierta: Una fractura que muestra varias líneas de separación en un hueso o en varios huesos fracturados al mismo tiempo a causa de la misma lesión, que también causa daño o perfora la piel.

Fractura múltiple cerrada: Una fractura que muestra varias líneas de separación en un hueso o en varios huesos fracturados al mismo tiempo a causa de la misma lesión, pero que no causa daño o perfora la piel.

Fractura parcial abierta: Fractura en la que no hay separaciones de fragmentos y en la que la piel está dañada o perforada.

Fractura parcial cerrada: Fractura en la que no hay separaciones de fragmentos y en la que la piel no está dañada o perforada.

BENEFICIO POR REHABILITACIÓN (CA9044EQ-S-0715): Si la Persona Asegurada recibe un pago por desmembramiento accidental en virtud de la Póliza, la Compañía realizará un reembolso hasta el monto consignado en la Tabla de Cobertura y Beneficios por concepto de gastos incurridos para el tratamiento, suministros médicos necesarios para el tratamiento y rehabilitación, o servicios médicos, tales como terapia de rehabilitación. Este beneficio puede ser disfrutado por hasta dos (2) años a partir de la fecha del accidente que causó el desmembramiento.

Para una reclamación relacionada con el Beneficio por Rehabilitación, la Persona Asegurada debe proporcionarle a la Compañía evidencia de los gastos incurridos para el tratamiento, suministros y servicios médicos, y un certificado del Médico de la Persona Asegurada que confirme la necesidad de dicho tratamiento y rehabilitación.

BENEFICIO DE GASTOS FINALES POR MUERTE ACCIDENTAL (CA9048EQ-S-0715): En caso de que fallezca la Persona Asegurada y además del Beneficio por Muerte Accidental, la Póliza pagará el monto consignado en la Tabla de Cobertura y Beneficios para ayudar a los Beneficiarios de la Persona Asegurada a pagar cualesquier gastos tales como, a modo enunciativo pero no limitativo, gastos del hogar, gastos de la vida diaria o gastos fúnebres.

Para los fines de este Beneficio por Muerte Post-Accidental, "Beneficiarios" significará aquellas personas designadas por la Persona Asegurada como los Beneficiarios.

EXCLUSIONES

Este Certificado no cubre pérdida alguna, fatal o no fatal, incurrida por, o que resulte de, los siguientes:

1. Suicidio, intento de suicidio o lesiones autoinfligidas;
2. enfermedad de cualquier tipo;
3. hernia de tipo alguno;
4. infecciones bacterianas;
5. guerra o cualquier acción bélica, o accidente que ocurra mientras la Persona Asegurada se encuentra en el servicio militar, naval o aéreo de un país (cualquier prima pagada a la Compañía por cualquier período que no esté cubierto por este certificado mientras la Persona Asegurada se encontraba en dicho servicio será reembolsada pro rata);
6. accidente que ocurra mientras la Persona Asegurada está operando, o aprendiendo a operar, o realizando deberes como miembro de la tripulación de cualquier aeronave;
7. tratamiento dental, salvo como resultado de una lesión a los dientes naturales sanos;
8. reemplazo de espejuelos o exámenes de los ojos para corregir la vista o el ajuste de espejuelos a menos que una lesión cause el menoscabo de la visión;
9. una lesión por la cual la Persona Asegurada tiene derecho a beneficios en virtud de cualquier Ley de Compensación para Trabajadores u otra legislación similar;
10. participar en deportes en equipos u otras actividades atléticas;
11. motociclismo, paracaidismo, buceo, alpinismo, rodeos, esquiar, corridas de toros y cualquier tipo de deporte aéreo;
12. demostraciones o competencias de carreras de autos;
13. pruebas de resistencia o seguridad en vehículos;
14. si la Persona Asegurada se hallare intoxicada o bajo la influencia de cualquier narcótico, a menos que este le fuera administrado bajo recomendación de un médico;
15. lesión sufrida a consecuencia de viajar como pasajero o de otra manera en cualquier vehículo o dispositivo para la navegación aérea, salvo como se dispone en la Definición de Lesión, consignada en la Sección I;
16. estar bajo la influencia de drogas o intoxicantes, a menos que se tomen bajo recomendación de un médico;
17. la comisión o intento de comisión de un delito grave por parte de la Persona Asegurada;
18. volar en cualquier aeronave que se esté usando, o en conexión con, vuelos acrobáticos, carreras o pruebas de resistencia;
19. volar en cualquier aeronave propulsada por cohetes;
20. volar en cualquier aeronave que se esté usando para, o con relación a, fumigación, siembra o asperjado aéreo de cosechas, luchar contra incendios, exploraciones, inspección de tuberías o líneas de alta tensión, cualquier forma de cacería, pastoreo de aves, fotografía aérea, propagandas con carteles o cualquier prueba con propósito experimental, salvo que medie consentimiento previo de la Compañía por escrito;
21. volar en cualquier aeronave involucrada en cualquier vuelo que requiera un permiso o exención especial de parte de la autoridad con jurisdicción sobre la aviación civil, aunque este se otorgue, salvo que medie consentimiento previo de la Compañía por escrito;
22. volar en cualquier aeronave propiedad de, u operada por, el Tenedor de la Póliza, salvo que medie consentimiento previo de la Compañía por escrito;
23. una lesión que resulte de una condición preexistente; o
24. cáncer de cualquier tipo.

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA EN VIRTUD DE ESTE CERTIFICADO

La Cobertura del Seguro para la Persona Asegurada terminará en la fecha más temprana entre las siguientes:

- (a) la fecha en que la Póliza venza o se termine;
- (b) la fecha después de que el Período de Gracia ha caducado y la Persona Asegurada no ha pagado la prima;
- (c) la fecha en la que la Persona Asegurada deje de ser una persona elegible del Tenedor de la Póliza;
- (d) la fecha en la que la Persona Asegurada muere;
- (e) la fecha en la que la Persona Asegurada alcanza la edad de 75 años.

La terminación del seguro no afectará ni reducirá la cobertura por pérdidas que ocurran antes de la terminación de este Certificado.

DISPOSICIONES UNIFORMES

1. **TOTALIDAD DEL CONTRATO; CAMBIOS:** Este Certificado, junto a cualesquier formularios y endosos anejados al presente, constituye la totalidad del contrato del seguro. Ningún cambio en este Certificado será válido hasta que sea aprobado por un funcionario de la Compañía y a menos que dicha aprobación sea endosada en el presente o anejada a este. Ningún agente posee la autoridad para cambiar este Certificado o renunciar a ninguna de las disposiciones de este Certificado.

2. **PRIMA:** Este Certificado se emite en consideración al pago de la prima por la Persona Asegurada. La Compañía puede modificar la prima, mediando notificación escrita a la Persona Asegurada enviada con 30 días de antelación al cambio en prima a la dirección más reciente de la Persona Asegurada según aparece en los récords de la Compañía.

3. **AVISO DE RECLAMACIÓN:** Se debe entregar un aviso escrito de una reclamación a la Compañía en un plazo de treinta (30) días después de ocurrir, o del comienzo de, cualquier pérdida cubierta por este Certificado, o tan pronto después como sea razonablemente posible. Un aviso escrito de una reclamación entregada por, o a nombre de, la Persona Asegurada a la Compañía en la siguiente dirección: 350 Avenida Carlos Chardón, Suite 1101, San Juan, Puerto Rico, 00918, o a cualquier funcionario autorizado de la Compañía con la información suficiente para identificar a la Persona Asegurada, será considerado como que constituye un aviso a la Compañía.

4. **FORMULARIOS DE RECLAMACIÓN:** La Compañía, al recibir un aviso de reclamación, suplirá al reclamante los formularios que usualmente son requeridos por la Compañía para radicar una evidencia de la pérdida. Si no se entregan dichos formularios dentro de los quince (15) días de proporcionar dicho aviso, se considerará que el reclamante ha cumplido con los requisitos de este Certificado en cuanto a la presentación de evidencia de la pérdida con la radicación, dentro del plazo establecido en el Certificado para radicar la evidencia de la pérdida, evidencia escrita que cubra el hecho, así como la naturaleza y el alcance de la pérdida por la cual se reclama.

5. **PERÍODO DE GRACIA:** Se otorgará a la Persona Asegurada un período de gracia de treinta y un (31) días para el pago de cada prima que venza después de la primera prima, durante cuyo período de gracia el Certificado seguirá vigente, pero la Persona Asegurada será responsable ante la Compañía por el pago de la prima acumulada para el período en que el Certificado siga vigente.

6. **EVIDENCIA DE LA PÉRDIDA:** Los formularios de reclamación completados y la evidencia escrita de la pérdida deben ser proporcionados a la Compañía a la siguiente dirección: 350 Avenida Carlos Chardón, Suite 1101, San Juan, Puerto Rico, 00918. En el caso de una reclamación por una pérdida para la cual este Certificado proporciona cualquier pago periódico contingente sobre una pérdida recurrente, la evidencia de la pérdida debe proporcionarse dentro de noventa (90) días después de concluir el período durante el cual la Compañía es responsable, y en el caso

de una reclamación por cualquier otra pérdida, dentro de noventa (90) días después de dicha pérdida. La falta de presentación de la evidencia antedicha dentro del plazo exigido no invalida ni reduce cualquier reclamación en caso de que no hubiera sido posible radicarla dentro de dicho plazo, siempre que sí se hiciera lo razonablemente antes posible, y en ningún caso, salvo en ausencia de capacidad legal, después de transcurrido un (1) año de la fecha en la que ocurrió la pérdida.

7. PERÍODO PARA EL PAGO DE LAS PÉRDIDAS: Los beneficios pagaderos en virtud de este Certificado por cualquier pérdida para la cual el Certificado provee cualquier pago periódico habrán de pagarse de inmediato al recibo de la evidencia escrita debida de dicha pérdida. Sujeto al recibo de la evidencia escrita debida de la pérdida, todos los beneficios acumulados para los cuales este Certificado provee un pago periódico habrán de pagarse mensualmente y cualquier saldo impago remanente a la terminación de la responsabilidad se pagará de inmediato al recibo de la evidencia escrita debida.

8. PAGO DE LAS PÉRDIDAS: El pago de un beneficio en caso de pérdida de la vida será pagadero conforme al beneficiario designado y las disposiciones respecto a dicho pago, que pueden prescribirse en el presente y comenzar su vigencia en el momento del pago, dicha designación o disposición cobra vigencia entonces, y dicho beneficio será pagadero al caudal relicto de la Persona Asegurada. Cualesquier beneficios acumulados impagos al fallecimiento de la Persona Asegurada pueden ser, a opción de la Compañía, pagados a dicho beneficiario o a dicho caudal relicto. Todos los demás beneficios serán pagaderos a la Persona Asegurada.

Si cualquier beneficio del Certificado fuere pagadero al caudal relicto de una Persona Asegurada, o a una Persona Asegurada o beneficiario que sea un menor de edad o que de otra manera carezca de capacidad para otorgar un relevo válido, la Compañía puede pagar dicho beneficio, hasta un monto no mayor de \$1,000, a cualquier pariente consanguíneo o por afinidad de la Persona Asegurada que la Compañía entienda que tenga derecho a este en equidad. Cualquier pago efectuado por la Compañía de buena fe y conforme a esta disposición liberará completamente de responsabilidad a la Compañía en la medida de dicho pago.

Sujeto a cualquier instrucción escrita de la Persona Asegurada, el total o una parte de los beneficios proporcionados por este Certificado por concepto de servicios de hospitales, enfermería, médicos o quirúrgicos, a opción de la Compañía y a menos que la Persona Asegurada solicite lo contrario por escrito no más tarde del plazo establecido para radicar la evidencia de dicha pérdida, pueden ser pagados directamente al hospital o a la persona que esté prestando tales servicios, pero no se requiere que el servicio sea prestado por un hospital o persona en particular.

9. LÍMITES O DEFENSAS: Ninguna declaración falsa realizada por una Persona Asegurada en virtud del Certificado en un plazo de dos (2) años luego de que este Certificado se emita podrá ser usada para anular el seguro sobre dicha persona o para denegar una reclamación por una pérdida incurrida que puede comenzar luego de que dicho período de dos (2) años haya transcurrido. Ninguna reclamación por una pérdida incurrida que puede comenzar luego del lapso de dos (2) años a partir de la fecha de emisión de este Certificado habrá de reducirse o denegarse por el hecho de que, antes de la Fecha de Comienzo de Vigencia de la cobertura de este Certificado, existiera una enfermedad o lesión física que no estaba excluida de la cobertura en virtud de su nombre o descripción específicos, efectivo a la fecha de la pérdida.

10. EXAMEN FÍSICO Y AUTOPSIA: La Compañía, de su propio bolsillo, tendrá el derecho y la oportunidad de examinar a cualquier persona cuya lesión sea la base de la reclamación cuando y con la frecuencia que considere necesario durante la tramitación de una reclamación bajo el presente y a realizar una autopsia en caso de fallecimiento donde esto no esté prohibido por ley.

11. RENOVACIÓN: El Certificado se puede renovar por términos consecutivos adicionales a cambio del pago, antes del vencimiento del Período de Gracia, de la prima en vigor a la fecha de la renovación, y sujeto a los términos y condiciones de este Certificado.

12. ACCIÓN LEGAL: No podrán incoarse acciones conforme a derecho o equidad para recuperar monto alguno de este Certificado antes de vencerse un plazo de sesenta (60) días luego de proporcionarse la evidencia escrita de la pérdida conforme a los requisitos de este Certificado. No podrá incoarse ninguna acción de este tipo después de vencerse un plazo de tres (3) años a partir del momento en que se requería radicar evidencia escrita de la pérdida.

13. LÍMITE AGREGADO: El monto máximo por el cual se puede asegurar a una Persona Asegurada no excederá un millón de dólares (\$1,000,000), sin importar la cantidad de pólizas que Persona Asegurada pueda tener con la Compañía. Las primas pagadas por beneficios que excedan un millón de dólares serán reembolsadas a la Persona Asegurada.

14. CONFORMIDAD CON ESTATUTOS ESTATALES Cualquier disposición de este Certificado que, a su Fecha de Comienzo de Vigencia, confliga con los estatutos del estado en el que se emite este Certificado, por el presente se enmienda para ajustarse al mínimo requerido por dichos estatutos.

15. COMPENSACIÓN PARA LOS TRABAJADORES: El Certificado no reemplaza ni afecta requisito alguno de cobertura del Seguro de Compensación para los Trabajadores.



Jeannie Aragon Cruz
SECRETARIA AUXILIAR



Federico Grosso
PRESIDENTE