

## POLIZA DE SEGURO DIAGNOSTICO DE CANCER

En consideración al pago de la prima correspondiente, MAPFRE BHD Compañía de Seguros, S. A., de ahora en adelante denominada "La Compañía", acuerda pagar los beneficios provistos en esta póliza, en la cantidad especificada en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Seguro para cada Persona Asegurada, a tenor con todos los términos, condiciones, Definiciones y Exclusiones de esta Póliza. La prima pagadera en la fecha de vencimiento de dicha prima podrá variar de acuerdo a la edad alcanzada por la *Persona Asegurada*.

La Compañía: Se refiere a MAPFRE BHD Compañía de Seguros, S. A. Queda expresamente entendido que MAPFRE BHD Compañía de Seguros, S.A. ha sido la compañía con la cual EL CUENTAHABIENTE o TARJETAHABIENTE ha contratado la póliza de seguros y será quien asuma, sin limitación alguna, toda responsabilidad en todo lo relacionado con el riesgo cubierto por esta póliza, por lo que EL CUENTAHABIENTE o TARJETAHABIENTE libera a ASOCIACIÓN POPULAR DE AHORROS Y PRESTAMOS (APAP) de cualquier responsabilidad en este sentido y tanto MAPFRE BHD Compañía de Seguros, S.A. como el CUENTAHABIENTE o TARJETAHABIENTE al aceptar la póliza de seguros, asumen la obligación de mantener la ASOCIACIÓN POPULAR DE AHORROS Y PRESTAMOS (APAP) libre de cualquier reclamación y responsabilidad, renunciando a cualquier acción en contra de la ASOCIACIÓN POPULAR DE AHORROS Y PRESTAMOS (APAP) por la ejecución de la póliza contratada, al reconocer que esta entidad sólo sirve como medio de pago.

El Contratante: Se refiere a ASOCIACIÓN POPULAR DE AHORROS Y PRESTAMOS

### I. Beneficios

Si una *Persona Asegurada* recibe un *Diagnóstico de Cáncer* por primera vez en su vida luego de cumplir con el *Período de Espera*, y médicamente se demuestra a través de estudios realizados a la *Persona Asegurada* o en su defecto por la experiencia médica, que por el tiempo de evolución de la enfermedad dicho *Cáncer* comenzó después del *Período de Espera*, la Compañía pagará los beneficios descritos en esta póliza, en la cantidad indicada bajo BENEFICIOS en el *Certificado de Seguro*.

#### Condiciones del Beneficio

- Una reclamación de beneficios debe hacerse a La Compañía dentro de los sesenta (60) días contados a partir del Diagnóstico de Cáncer.
- La *Persona Asegurada* afectada debe estar viva treinta (30) días después de ser presentada la reclamación.
- La *Persona Asegurada* afectada debe haber estado asegurada bajo esta póliza por lo menos ciento ochenta (180) días, y debe ser demostrable médicamente que el cáncer se originó después de estos 180 días. Si no es así, en este último supuesto, La Compañía reembolsará las primas que se hayan pagado no siendo responsable de ningún otro pago.

### 1. Cobertura de Diagnóstico de Cáncer

Si la *Persona Asegurada* recibe un *Diagnóstico de Cáncer* cubierto por esta Póliza, La Compañía pagará en una sola exhibición a la *Persona Asegurada* la suma indicada en el *Certificado de Seguro*, independientemente de los demás beneficios a los que pudiera tener derecho bajo esta Póliza. Independientemente del número de diagnósticos que recibe la *Persona Asegurada*, ya sea para el mismo *Cáncer* o uno distinto, este beneficio se pagará sola una vez por *Persona Asegurada*.

### 2. Cobertura de Rentas Mensuales

Garantiza a la persona asegurada, un mes posterior a la entrega de la suma asegurada indicada en la Cobertura de Diagnostico, el pago de la suma asegurada para esta cobertura fraccionado en forma de veinte (20) rentas mensuales consecutivas e iguales, hasta agotar la suma asegurada. El pago de las rentas mensuales se hará una vez por mes en el día elegido por La Compañía, el cual quedara definido como día de pago para las rentas subsecuentes pendientes.

La persona asegurada tendrá la opción de recibir de contado el ochenta y cinco por ciento (85%) del total de la suma asegurada, si así este lo solicita por escrito a La Compañía, antes de recibir la primera renta mensual, renunciando en consecuencia al beneficio del quince por ciento (15%) restante. Después que la persona asegurada haya cobrado la primera renta mensual por parte de La Compañía, no podrá solicitar el pago del ochenta y cinco por ciento (85%) del total de la suma asegurada antes citado, y seguirá percibiendo la renta en la forma mensual acordada.

Es condición imprescindible para que La Compañía pague las rentas mensuales o el ochenta y cinco por ciento (85%) del total de la suma asegurada, según corresponda, que la persona asegurada este con vida al momento de recibir cualquiera de estas, toda vez que su fallecimiento extingue de pleno derecho las obligaciones que esta póliza genera para La Compañía y que no son transmisibles a sus beneficiarios o herederos legales.

### II. Elegibilidad

Serán elegibles en términos de edad para optar por esta cobertura las personas que califiquen dentro de los siguientes parámetros:  
 Edad mínima de ingreso al seguro: 18 años  
 Edad máxima de ingreso al seguro: 64 años  
 Edad de permanencia en el seguro, fecha en la que quedará excluido de forma automática: 70 años

### III. Definiciones

## POLIZA DE SEGURO DIAGNOSTICO DE CANCER

En esta póliza, las siguientes palabras y frases tendrán el significado que a continuación se señala, a menos que el contexto requiera un significado diferente:

1. **Cáncer:** Significa un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y la expansión incontrolable de células malignas. *Cáncer* incluye leucemia, el mal de Hodgkins y el melanoma agresivo que excede una profundidad de 0.75 milímetros. *Cáncer* no incluye el carcinoma in situ no-agresivo; los tumores no-agresivos localizados que se encuentren en etapas iniciales de malignidad; tumores asociados con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH); Sarcoma Karposi y otros tipos de cáncer relacionados con el SIDA; o cualquier cáncer de la piel que no sea melanoma maligno.
2. **Cliente Asegurado:** Es el cliente de la ASOCIACIÓN POPULAR DE AHORROS Y PRESTAMOS (APAP) designado como CLIENTE ASEGURADO en el *Certificado de Seguro*, que mantiene una cuenta con la ASOCIACIÓN POPULAR DE AHORROS Y PRESTAMOS.
3. **Condición Médica Pre-Existente:** Significa cualquier enfermedad, desorden, condición o lesión por la cual la *Persona Asegurada* ha recibido o debió haber recibido tratamiento médico o haber sido aconsejado por un médico en algún momento anterior a haber sido incluida en esta póliza.
4. **Cónyuge Asegurado:** Es el cónyuge legalmente casado con el *Cliente Asegurado*, si es que se elige esta cubierta adicional, se paga la prima correspondiente, y el cónyuge como CÓNYUGE ASEGURADO en el *Certificado de Seguro*.
5. **Certificado de Seguro:** Es el documento titulado CERTIFICADO DE SEGURO, la cual se integra y forma parte de esta póliza.
6. **Diagnóstico:** Es el diagnóstico inequívoco y positivo por un *Médico*, confirmado por otro *Médico*, basado en los resultados de un examen microscópico de tejidos finos vivos o post-morten). El patólogo u oncólogo autorizado que determina el diagnóstico hará la determinación en base única y exclusiva a la definición de *Cáncer* provista aquí, luego de haber estudiado el examen histológico del sospechado tumor, los tejidos o el espécimen. Un *Diagnóstico Clínico*, según se define aquí, no es un *Diagnóstico*. La Compañía se reserva el derecho de solicitar una confirmación adicional del diagnóstico final, realizado por un médico seleccionado por ésta.
7. **Diagnóstico Clínico:** Significa un diagnóstico basado en el historial del paciente, examen físico, radiografías y/o laboratorios, sin incluir una confirmación histológica ni microscópica.
8. **Fecha de Aniversario:** Significa el aniversario de la *Fecha de Vigencia* de forma independiente para cada *Persona Asegurada*.
9. **Fecha de Vigencia:** Es el día, mes y año en que comenzó bajo esta póliza la cobertura de seguro para cada *Persona Asegurada*, designado como FECHA DE VIGENCIA DEL SEGURO en el Certificado de Seguros.
10. **Hospital:** Significa cualquier institución legalmente autorizada para prestar servicios hospitalarios, ya sean médicos y/o quirúrgicos, en el país donde se encuentra y que opera bajo la supervisión constante de un médico, acreditado como tal.
11. **Médico:** Significa un médico patólogo u oncólogo con autorización legal e inscrito para ejercer su especialidad según las leyes del país en el cual practica medicina. El *Médico* no incluirá la *Persona Asegurada*, ni un familiar de dicha *Persona Asegurada*.
12. **Período de Espera:** Significa el período de ciento ochenta (180) días contados a partir del inicio de la *Fecha de Vigencia* de la cobertura para cada *Persona Asegurada*, o desde la fecha en que un *Cónyuge Asegurado* es añadido a la póliza, si tal hecho ocurre después de la *Fecha de Vigencia* de la póliza.
13. **Persona Asegurada:** Es el *Cliente Asegurado*.
14. **Domiciliación Bancaria:** es el proceso mediante el cual la asegurada o el (la) contratante de la póliza autoriza a La Compañía a realizar cargos periódicos a su cuenta bancaria o tarjeta de crédito, con la finalidad de cumplir con el pago de la prima establecido por La Compañía, para tener derecho sobre la cobertura de seguro contratada.

### IV. Fecha de Vigencia y Cancelaciones

#### 1. Fecha de Vigencia

Esta póliza será efectiva y comenzará a las 12:01 A.M. en la fecha designada como FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DEL SEGURO indicada en el *CERTIFICADO DE SEGURO*.

#### 2. Cancelación

2.1 Derecho a Devolver la Póliza y terminación por parte del *Cliente Asegurado*.

Si por cualquier razón, el *Cliente Asegurado* no está satisfecho con esta póliza, la puede devolver con una solicitud por escrito a la Compañía dentro de los treinta (30) días calendario de haberla recibido y será anulada. Cualquier prima facturada a la cuenta del ASOCIACIÓN POPULAR DE AHORROS Y PRESTAMOS (APAP) del *Cliente Asegurado* será reembolsada. En tal caso, esta póliza se considerará anulada desde la *Fecha de inicio de Vigencia* y la Compañía no será responsable por cualquier *Diagnóstico de Cáncer* hecho antes de dicha devolución. Cualquier prima pagada será acreditada a la cuenta del ASOCIACIÓN POPULAR DE AHORROS Y PRESTAMOS (APAP) del *Cliente Asegurado*. Si el

## POLIZA DE SEGURO DIAGNOSTICO DE CANCER

*Cliente Asegurado* solicita la cancelación después de los treinta (30) días indicados anteriormente, solamente tendrá derecho a acreditarle el valor de la prima de un mes.

2.2 Terminación por parte del *Cliente Asegurado* de ASOCIACIÓN POPULAR DE AHORROS Y PRESTAMOS (APAP).

Si el *Cliente Asegurado* notifica por escrito a la Compañía a través del Centro de Servicio al Cliente de Banca Seguros, su deseo de cancelar esta póliza, dicha cancelación será efectiva en la fecha en que la notificación haya sido recibida por la Compañía a través del Centro de Servicio al Cliente de Banca Seguros, o en la fecha que se especifique en dicha notificación, la que sea posterior.

### 3. Cancelación por la Compañía

La Compañía podrá cancelar esta póliza en cualquier momento por aquellos fundamentos que se especifican en la póliza, mediante envío de notificación a tales efectos a El Contratante o *Cliente Asegurado* por medio de carta certificada enviada a su última dirección conocida. Dicha cancelación será efectiva diez (10) días calendario después de la fecha de envío de dicha notificación.

### 4. Terminación Inmediata de la cobertura

4.1 La cobertura de esta póliza para cada *Cliente Asegurado* terminará inmediatamente al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

4.1.1 La cancelación o cierre de la cuenta del *Cliente Asegurado* del ASOCIACIÓN POPULAR DE AHORROS Y PRESTAMOS (APAP), a la cual se cargaba la prima pagadera por esta póliza;

4.1.2 El fallecimiento del *Cliente Asegurado*;

4.1.3 Al pagarse el beneficio provisto en esta póliza a cualquier *Persona Asegurada*.

4.2 La cobertura con respecto a una *Persona Asegurada* terminará inmediatamente al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

4.2.1 Al cumplir la *Persona Asegurada* la edad de setenta (70) años.

4.2.2 El fallecimiento de la *Persona Asegurada*;

### 5. Terminación de la cobertura de la póliza para el *Cliente Asegurado* por Falta de Pago de la Prima

5.1 En caso de que la prima inicial facturada a la cuenta del ASOCIACIÓN POPULAR DE AHORROS Y PRESTAMOS (APAP) del *Cliente Asegurado* no haya

sido pagada en un plazo de treinta (30) días calendario, la cobertura de esta póliza para este *Cliente Asegurado* se considerará cancelada de pleno derecho desde la *Fecha de inicio de Vigencia* de la misma.

5.2 En caso de cualquier falta de pago de prima después del pago de una o más primas cargadas a la cuenta de LA ASOCIACIÓN POPULAR DE AHORROS Y PRESTAMOS (APAP) del *Cliente Asegurado*, la cobertura de esta póliza para cada *Cliente Asegurado* se considerará cancelada de pleno derecho desde la fecha en que se venció la prima no pagada.

### 6. Fecha y Hora Efectiva de la Cancelación de la Póliza

En caso de cualquier cancelación de esta póliza por parte de El Contratante, o del seguro con respecto a cualquier *Cliente Asegurado* y/o *Persona Asegurada* bajo esta póliza, dicha cancelación será efectiva a las 12:01 A.M en la fecha en que se canceló la póliza o el seguro, ya sea solicitada la misma por El Contratante, *El Cliente Asegurado* o de La Compañía.

### 7. Disposición de las Primas a la Fecha de Cancelación

En la eventualidad que se haya pagado la prima por cualquier período posterior a la fecha de cancelación de esta póliza, o posterior a la fecha de cancelación del seguro con respecto a una *Persona Asegurada* con arreglo a ésta, se acreditará la proporción pertinente de la prima a la cuenta del ASOCIACIÓN POPULAR DE AHORROS Y PRESTAMOS (APAP), del *Cliente Asegurado*. Si no se ha pagado la prima por período alguno hasta la fecha de cancelación como expresado anteriormente, el *Cliente Asegurado* será responsable a la Compañía por el pago de tal prima, la cual la Compañía puede, a su opción, cargar a la cuenta del ASOCIACIÓN POPULAR DE AHORROS Y PRESTAMOS (APAP), del *Cliente Asegurado*.

## V. Primas

### 1. Base de Primas y Ajustes

La prima para esta póliza está basada en la edad alcanzada por la *Persona Asegurada* en la fecha de vencimiento de dicha prima. La Compañía se reserva los derechos de enmendar las primas en respecto a todas las categorías parecidas de personas aseguradas, tales como por edad o sexo, para todas las pólizas similares emitidas.

### 2. Forma de Pago y Fechas de Vencimiento de la Prima

La prima se vencerá en la *Fecha de inicio de Vigencia* de la póliza y:

2.1 Si el pago es mensual, la prima se pagará dentro de los primeros treinta (30) días calendario de cobertura contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de cada mes.

## POLIZA DE SEGURO DIAGNOSTICO DE CANCER

2.2 Si el pago es anual, la prima se pagará dentro de los primeros diez (10) días calendario de cobertura contados a partir de la *Fecha de inicio de vigencia de Aniversario* de la póliza.

### 3. Forma de facturación y pago de la prima para cada *Cliente Asegurado*

La prima de seguro se cargará a la cuenta de LA ASOCIACIÓN POPULAR DE AHORROS Y PRESTAMOS (APAP) del *Cliente Asegurado*, en la fecha debida a menos que la póliza sea cancelada o la cobertura para el *Cliente Asegurado* sea terminada de acuerdo a la Sección III.

### VI. Acuerdo de Renovación de la póliza y de la cobertura para cada *Cliente Asegurado*

Sujeto a los términos y condiciones de esta póliza, el pago de la prima en la fecha debida automáticamente renueva la póliza. No se emitirán documentos de renovación y los documentos existentes de la póliza son la prueba de una cobertura válida para los asegurados declarados mensualmente en ella.

### VII. Exclusiones

La Compañía no pagará beneficios por cualquier *Cáncer* que es causado directa o indirectamente, o es consecuencia de, o atribuibles a cualquiera de los siguientes eventos:

1. Enfermedad, lesión o condición preexistente, originada antes del inicio de vigencia de la cobertura para cada asegurada, o de su última rehabilitación (si fuere aprobada por La Compañía), estando esta en conocimiento o no de la misma, declaradas o no en la solicitud de seguro, existiendo o no dicha solicitud.
2. Que el diagnóstico ocurra dentro del período de carencia de noventa (90) días para cada asegurada, sea o no a consecuencia de una condición pre-existente.
3. "Carcinoma in situ", carcinoma ductal in situ de mama, displasia cervical NIC-1, NIC -2 y NIC -3, cáncer de cérvix CIN I, II y III y todas las situaciones de pre malignidad o cánceres no invasivos.
4. Cáncer de próstata temprano T1 (según clasificación TNM) incluyendo T1a y T1b u otra clasificación equivalente.
5. Melanomas de piel estadio 1A ( $\geq 1\text{mm}$ , nivel II o III, sin ulceración) – de acuerdo a la nueva clasificación de la AJCC de 2002, con excepción del melanoma invasivo. Hiperqueratosis o carcinomas de células basales de piel. Carcinomas de células escamosas de piel salvo que exista metástasis.
6. Como consecuencia de tratamiento de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), tenia anticuerpos positivos de VIH en la prueba sanguínea, Sarcoma de Kaposi y todo tumor con presencia de infección por VIH,

Síndrome Complejo Relacionado con el SIDA (ARC), y las enfermedades a consecuencia o relacionadas con el virus HIV (Virus de Inmunodeficiencia Humana), salvo adquirida médicamente y/o en ocasión del trabajo \*.

\* Como resultado de un pinchazo accidental por aguja durante el desempeño de su ejercicio profesional como médico, dentista, enfermera, paramédico, bombero o policía. Cualquier accidente que pueda provocar una reclamación debe producirse durante la vigencia de la póliza y debe comunicarse al asegurador dentro de los siete (7) días siguientes y presentar un test de anticuerpos VIH negativo realizado después del accidente. La seroconversión a infección VIH debe producirse dentro de los seis (6) meses posteriores al accidente.

7. Cáncer a consecuencia del consumo de alcohol, drogas, psicoactivos, enervantes, estimulantes, sedantes, depresivos, antidepresivos y psicodélicos, excepto cuando el consumo de estos se encuentre directamente relacionado con una prescripción médica al respecto.
8. Cáncer ocasionado o relacionado con radiación ionizada, contaminación, radioactividad proveniente de cualquier fuente de energía o material nuclear, desecho nuclear, quema de combustible nuclear o artefactos nucleares. Ocasionado por insolación, congelación y otros efectos de la temperatura o presión atmosférica.
9. No será válido ningún diagnóstico hecho por un médico que sea miembro de la familia de la asegurada o que viva en el mismo domicilio que ésta.
10. Diagnosticos médicos prestados por profesionales de la salud que no sean doctores en medicina. Diagnosticos en el curso del tratamiento o estudio relativo a una condición en específico que no le compete en la práctica de la especialidad médica del doctor.
11. Reclamación elegible sometida a La Compañía después de tres (3) meses de haber ocurrido el evento.
12. Diagnosticos médicos a partir de la fecha en que este seguro ya no esté vigente.

### VIII. Disposición de Reclamaciones

#### 1. Aviso de Reclamación

Al ocurrir un hecho que pueda dar lugar a una reclamación bajo esta Póliza, se le notificará por escrito a la Compañía tan pronto como sea posible, y en todo caso, dentro de los 20 días siguientes a la fecha del suceso o después de dicho termino tan pronto como sea razonablemente posible. Se considera aviso dado a la Compañía un aviso dado por escrito por la *Persona Asegurada* o beneficiario, o en su nombre a el domicilio oficial de MAPFRE BHD Compañía de Seguros, S.A. en la Av. Abraham Lincoln, Esq. José Amado Soler, Santo Domingo, República Dominicana, o a cualquier agente autorizado de la Compañía, con suficiente información para poder

## POLIZA DE SEGURO DIAGNOSTICO DE CANCER

identificar a la *Persona Asegurada*. No haber notificado a la Compañía dentro del límite de tiempo prescrito no invalidará la reclamación si se puede demostrar y la Compañía queda convencida que no fue razonablemente posible informar la reclamación dentro del límite de tiempo prescrito.

### 2. Formulario para Reclamación

Al recibir aviso por escrito de reclamación, La Compañía suministrará al reclamante los formularios requeridos regularmente para la presentación de prueba de pérdidas. Todos los certificados, información o evidencia solicitada por La Compañía, deberán ser costeados por el reclamante y deberá ser presentada en la forma que La Compañía solicite.

### 3. Pruebas de Pérdidas.

Una prueba por escrito que respalde una reclamación debe ser enviada a la Compañía dentro de noventa (90) días calendario después de recibir las formas provistas por La Compañía. El no enviar esta prueba dentro del tiempo requerido no invalidará ni reducirá ninguna reclamación si no fue razonablemente posible enviar la prueba durante ese período, siempre y cuando tal prueba sea enviada lo más pronto posible y en ningún caso excepto en ausencia de capacidad legal, no más tarde de un (1) año desde la fecha que la prueba sea requerida. Cumplido este plazo La Compañía queda relevada de toda responsabilidad.

### 4. Prescripción

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

### 5. Exámenes Físicos y Autopsia

La Compañía tendrá el derecho y la oportunidad de examinar, por su cuenta a la Persona Asegurada cuando y tan frecuentemente como razonablemente se requiera mientras estuviere pendiente una reclamación con arreglo a esta Póliza y de practicar una autopsia en caso de muerte, donde no esté prohibido por ley.

### 6. Tiempo para pago de Reclamaciones

Se pagarán las indemnizaciones que hayan de pagarse con arreglo a esta póliza y siempre que corresponda, por cualquier pérdida que no sea pérdida para la cual esta Póliza provee algún pago periódico, inmediatamente que se reciba prueba escrita fehaciente de dicha pérdida. Sujeto a la prueba escrita fehaciente de la pérdida se pagarán en treinta (30) días calendario, todas las indemnizaciones devengadas por pérdida para la cual esta Póliza provee pago periódico y se pagará cualquier remanente que quede insoluto a la terminación de la responsabilidad, inmediatamente que se reciba prueba escrita fehaciente.

### 7. Límite de Tiempo para Defensas.

- Después de tres (3) años de emitida la cobertura para cada Persona Asegurada no se podrá utilizar ninguna declaración falsa (excepto declaraciones fraudulentas) hecha por el solicitante en su solicitud para dicha Póliza, para anular la póliza o denegar una reclamación por pérdida contraída o por incapacidad (según se define en la Póliza) que comience después de transcurrido dicho período de tres (3) años.
- No se reducirá o denegará ninguna reclamación por pérdida contraída que comienza después de transcurridos tres (3) años desde la fecha de emisión de esta póliza, por el fundamento de que, con anterioridad a la fecha de efectividad de la cobertura de esta póliza, existía una enfermedad o lesión física no excluida de la cobertura por nombre o descripción específica, efectiva en la fecha de la pérdida.

## IX. Disposiciones Generales

### 1. Consideración

Esta póliza se emite en consideración a las declaraciones contenidas en el Formulario de Inscripción y al consentimiento del *Cliente Asegurado* en cuanto al pago de las primas que se le cobran a su cuenta de LA ASOCIACIÓN POPULAR DE AHORROS Y PRESTAMOS (APAP)

### 2. Contrato Único: Cambios.

Esta póliza, incluyendo el Certificado de Seguro y cualquier Endoso y Enmienda, si los hubiere, constituirá el contrato íntegro entre las partes. Esta póliza podrá ser enmendada por la Compañía luego de la Fecha de Vigencia, mediante aviso de El Contratante al Cliente Asegurado. Sin embargo, ninguna enmienda o modificación a esta póliza será válida a menos que haya sido aprobada por la Compañía y conste en un Endoso o Enmienda.

### 3. Reporte Mensual de Clientes y Personas Aseguradas.

El Contratante de esta póliza se compromete a remitir mensualmente ya sea por escrito, en forma electrónica, o a través de acceso directo al sistema computarizado de administración, a La Compañía la relación de asegurados vigentes para el mes que antecede –mes vencido-. Este reporte debe ser enviado dentro de los primeros quince (15) días calendario posterior al mes que acaba de vencer. El mismo considerará la siguiente información: Cedula y nombres de asegurados, Fecha de nacimiento, planes contratados, fecha de efectividad para cada asegurado,, prima total a pagar del mes por asegurado y total de la póliza.

Este reporte será el resultado de los asegurados correspondientes al mes anterior, menos las exclusiones más las inclusiones, por lo que la responsabilidad de La

## POLIZA DE SEGURO DIAGNOSTICO DE CANCER

Compañía se limitará sobre los *Clientes y Personas Aseguradas* consideradas en dicho reporte.

### 4. Límites Geográficos

El seguro contemplado en esta póliza aplicará 24 horas diarias en cualquier lugar del mundo, a menos que sea endosada o enmendada.

### 5. Pago del Beneficio

El beneficio máximo a pagarse por la Compañía será aquel especificado en el *Certificado de Seguro*.

### 6. Autoridad Legal

Las Leyes de República Dominicana regirán sobre esta póliza, la cual será interpretada de acuerdo a las mismas.

### 7. Notificación de Fideicomiso y Cesiones

La Compañía no estará obligada ni será afectada por cualquier notificación de fideicomiso, cargo, gravamen, asignación u otros en conexión o relacionados con esta póliza.

### 8. Jurisdicción

La Compañía sólo reconocerá la jurisdicción de los tribunales de República Dominicana, en todos los procedimientos judiciales competentes a instancia de las partes en pleito con relación a cualquier asunto surgido bajo esta póliza que las partes no vengán obligados a arbitrar según el párrafo siguiente.

### 9. Acción Civil

No se ejercitará procedimiento civil alguno (incluyendo arbitraje) para recobrar con motivo de esta póliza antes de que haya transcurrido sesenta (60) días calendario a contar desde la presentación de prueba por escrito con sujeción a los requisitos de esta póliza. No podrá ejercitarse procedimiento civil alguno (incluyendo arbitraje) después de transcurridos dos (2) años a contar desde la fecha de ocurrencia de la reclamación.

### 10. Declaraciones Incorrectas Sobre la Edad

Si la edad de la *Persona Asegurada* no se ha declarado correctamente, y si, de acuerdo a la edad correcta, la cobertura provista bajo esta póliza no debería entrar en vigor, o si hubiera cesado antes de la aceptación de cualquier prima o primas, entonces la responsabilidad de la Compañía durante el período por cual la *Persona Asegurada* no es elegible para la cobertura se limitará a un reembolso, cuando corresponda, de la porción de la prima pagada durante el período no cubierto por la póliza.

### 11. Cobertura Bajo Una Póliza

Independientemente de la cantidad de cuentas de LA ASOCIACIÓN POPULAR DE AHORROS Y PRESTAMOS (APAP) que la *Persona Asegurada* posea, la *Persona Asegurada* no podrá estar cubierta por más de una póliza de Cáncer. En caso de que esté cubierta por más de una póliza de Cáncer, la Compañía considerará a la *Persona Asegurada* cubierta bajo la póliza que proporcione el mayor beneficio. Cuando el beneficio de cada póliza es idéntico, la Compañía considerará a la *Persona Asegurada* cubierta bajo la primera póliza emitida. La Compañía reembolsará a El Contratante cualquier prima que haya sido cargada por o a favor de esta persona bajo la póliza adicional de Cáncer, de existir.

### 12. Fraude

Cualquier declaración hecha por la *Persona Asegurada* en el Formulario de Inscripción o cualquier declaración por parte de la *Persona Asegurada* concerniente a una reclamación que sea intencionalmente errónea y que constituya un fraude, le dará el derecho a la Compañía de cancelar la póliza inmediatamente.

### 13. Intereses

Ninguna cantidad pagadera bajo esta póliza devengará interés.

### 14. Moneda

Las primas y los beneficios pagaderos bajo esta Póliza serán de acuerdo a la moneda contratada por El Contratante, e indicada en las Condiciones Particulares de esta póliza y en el Certificado de Seguro para cada *Persona Asegurada*.

### 15. Protección de Datos

La persona asegurada o el contratante del seguro consienten que los datos que se obtengan en virtud de esta póliza pasarán a formar parte de un fichero propiedad de La Compañía y cuya finalidad es la gestión de la presente relación comercial, así como un fin operativo, estadístico y de valoración de riesgos. Los datos que se recaban son necesarios para la relación contractual y el no suministro de ellos significaría la imposibilidad de mantenerla.

16.1. La persona asegurada o el contratante del seguro quedan informados y consienten que sus datos puedan ser utilizados por La Compañía para la contratación o aplicación a otros productos y servicios de la entidad, así como para el envío de ofertas comerciales, productos o servicios de seguros, personalizados o no, que comercialice o financie esta entidad o el Grupo al que pertenezca, incluso mediante la elaboración de perfiles, y que puedan ser de su interés. Este envío podrá efectuarse por cualquier medio (correspondencia,

## POLIZA DE SEGURO DIAGNOSTICO DE CANCER

teléfono, fax, correo electrónico, o cualquier otro medio telemático).

**16. Información Crediticia.** La persona asegurada o el contratante del seguro consienten que La Compañía pueda investigar y/o suministrar a los centros de información crediticia toda la información relacionada con su historial crediticio, así como la derivada de la experiencia del manejo de su crédito con motivo de esta póliza.

### 17. Renovación Automática

Sujeto a los términos y condiciones de la Póliza, el pago de la prima automáticamente renueva la Póliza. No se emiten documentos de renovación ya que la Póliza existente y el pago periódico y a tiempo de la prima de seguro es la evidencia de cobertura válida.

### 18. Período de Gracia

Se concederá un período de gracia de treinta y un (31) días calendario para el pago de cada prima que venga después de la primera prima, período de gracia durante el cual la Póliza continuará en vigor, sujeto al derecho de la Compañía a cancelar de acuerdo a la disposición de cancelación.

### 19. Reinstalación

Si no se pagare alguna prima de renovación dentro del tiempo concedido a la Persona Asegurada para su pago, la subsiguiente aceptación de una prima por la Compañía o por algún agente debidamente autorizado por la Compañía o para aceptar tal prima, sin requerir en relación con la misma una solicitud de reinstalación, reinstalará la cobertura en la póliza para cada Persona Asegurada.

### 20. Error de la Compañía

Una póliza que de lo contrario estaría vigente, no será anulada por un error cometido por la Compañía, ni dicho error hará efectiva una póliza que de otra manera no estaría legalmente en vigor.

En fe de lo cual la Compañía ha autorizado que esta póliza sea ejecutada y comience en la *Fecha de Vigencia* según indicada en las Condiciones Particulares, y para cada *Persona Asegurada* en la fecha indicada en el Certificado de Seguros.

Con la condición de que ningún seguro estará vigente a menos que el *Certificado de Seguros* esté firmado por un representante autorizado de la Compañía.

En testimonio de lo cual MAPFRE BHD Compañía de Seguros, S.A., de Santo Domingo, República Dominicana expide el presente Condicionado General, que se firma en la fecha indicada en el Certificado de Seguros y que forma parte de la presente Póliza : **614011000054**