

PLAN DE PROTECCIÓN CONTRA EL CÁNCER

Condiciones Generales

Póliza No. ACCP-960

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 Compañía de Seguros Palic, 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 BANCO MÚLTIPLE LEÓN, S.A. de cualquier responsabilidad en este sentido y tanto Compañía de Seguros Palic, S.A. como el CUENTAHABIENTE o TARJETAHABIENTE al aceptar la póliza de seguros, asumen la obligación de mantener el BANCO MÚLTIPLE LEÓN, S.A. libre de cualquier reclamación y responsabilidad, renunciando a cualquier acción en contra de BANCO MÚLTIPLE LEÓN, S.A. por la ejecución de la póliza contratada, al reconocer que esta entidad sólo sirve como medio de pago.

El Contratante: Se refiere a BANCO MÚLTIPLE LEÓN, S.A.

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. Indemnización por Hospitalización

Si como consecuencia de *Cáncer* cubierto por esta Póliza la *Persona Asegurada* se interna en un *Hospital*, La

Compañía pagará el correspondiente beneficio que se especifica en el *Certificado de Seguro*, por cada día que se encuentre internada en el *Hospital* y hasta un máximo de doce (12) meses. En el caso de hospitalizaciones sucesivas a causa de un mismo *Cáncer*, separadas por intervalos menores de un año, cada período de hospitalización será considerado como continuación del anterior a efecto de computar el período máximo de beneficio de 12 meses.

2. Indemnización por Intervenciones Quirúrgicas

Si como consecuencia de un *Cáncer* cubierto por esta Póliza la *Persona Asegurada* es internada en un *Hospital* y se le realiza una intervención quirúrgica, recomendada y realizada por un *Médico*, La Compañía pagará los gastos razonables por dicha intervención quirúrgica, hasta la suma indicada en el *Certificado de Seguro*. En caso de que en una misma incisión se efectúen más de un procedimiento quirúrgico, se pagará únicamente el procedimiento quirúrgico de mayor costo y hasta el límite asegurado. Independientemente del número de intervenciones quirúrgicas cubiertas bajo esta Póliza, la Compañía sólo pagará hasta la suma indicada en el *Certificado de Seguro*.

Como parte de la Indemnización por Intervenciones Quirúrgicas, la Compañía además pagará por los siguientes conceptos:

2.1 Productos Farmacéuticos y Materiales

La Compañía pagará el costo razonable que facture el *Hospital* a la *Persona Asegurada* por concepto de productos farmacéuticos y materiales incidentales a la intervención quirúrgica.

2.2 Sangre y Plasma

La Compañía pagará gastos razonables por sangre y plasma de sangre que requiera la *Persona Asegurada* exclusivamente durante la intervención quirúrgica.

2.3 Servicio de Médico Asistente

Si la *Persona Asegurada* que ha sido intervenida quirúrgicamente requiere ser atendida por un *Médico* distinto al médico cirujano ("Médico Asistente"), la Compañía pagará por cada visita personal del Médico Asistente a la *Persona Asegurada* en el *Hospital*.

2.4 Servicio de Anestesia

La Compañía pagará el gasto razonable por hasta cinco servicios de anestesia durante la vigencia de esta póliza. Por servicios de anestesia se entenderán los cargos del *Hospital* y anesthesiólogo, incluyendo, en ambos casos, el costo de material y medicinas necesarias para el servicio de anestesia.

3. Indemnización por Servicio de Rayos X, Radioisótopos, Radiactivos de Cobalto y Quimioterapia

La Compañía pagará los gastos razonables por servicios de Rayos X, Radioisótopos, Radioactivos de Cobalto y quimioterapia que se efectúen a la *Persona Asegurada* como consecuencia de un *Cáncer* cubierto por esta Póliza.

4. Indemnización por Servicios de Enfermera Privada

Si como consecuencia de un *Cáncer* cubierto por esta Póliza, el *Médico* a cargo del tratamiento requiere para la *Persona Asegurada* servicio de enfermería, la Compañía pagará hasta un máximo de sesenta (60) días los gastos razonables por concepto de servicios de enfermería en los que incurra la *Persona Asegurada* hasta la suma asegurada máxima indicada en el *Certificado de Seguro*. Los servicios de enfermería comprenden la atención personal y cuidado de tiempo completo, exclusivo para la *Persona Asegurada*. El servicio de enfermería deberá de ser proporcionado por el personal calificado y legalmente autorizado para ejercer la profesión de enfermería.

5. Indemnización por 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*.

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

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 del BANCO LEÓN designado como CLIENTE ASEGURADO en el *Certificado de Seguro*, que mantiene una cuenta con el BANCO LEÓN.

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-mortem). 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 cubierta de seguro para cada *Persona Asegurada*, designado como FECHA DE VIGENCIA DEL SEGURO en el *Certificado de Seguros*.
10. *Gastos Justos, Razonables y Acostumbrados*: Significan los honorarios y gastos por atención médica que se generen por la detección y/o el tratamiento del *Cáncer*, que no excedan los honorarios y gastos por atención médica, que en el mismo lugar se acostumbren para una atención médica similar, a una persona del mismo sexo, edad y por un *Cáncer* de características semejantes.
11. *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.
12. *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*.

13. *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.

14. *Persona Asegurada*: Es el *Cliente Asegurado* y su *Cónyuge Asegurado*.

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 BANCO LEÓN 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 BANCO LEÓN del *Cliente Asegurado*. Si el *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 BANCO LEÓN.

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 BANCO LEÓN, 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 cubierta 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*;

4.2.3 En cuanto al *Cónyuge Asegurado* se refiere, en el momento en que deje de estar legalmente casado con el *Cliente Asegurado*.

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 BANCO LEÓN 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 del BANCO LEÓN 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 BANCO LEÓN, 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 BANCO LEÓN, 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 subsiguiente.

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 del BANCO LEÓN 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 cubierta 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. Cualquier *Cáncer* no especificado en esta Póliza.
2. Cualquier *Cáncer*, enfermedad, desorden, lesión o condición, que sea diagnosticado antes o durante el *Período de Espera*.
3. Cualquier *Cáncer*, enfermedad, desorden, lesión o condición que comience, o cuyos síntomas comiencen a manifestarse, antes o durante el *Período de Espera*, independientemente de cuando se efectúe el *Diagnóstico* correspondiente.

4. Cualquier *Cáncer*, enfermedad, condición, desorden, o lesión que resulte en la muerte de la *Persona Asegurada* dentro de los treinta (30) días de ser diagnosticado de padecer de tal *Cáncer*, enfermedad, condición, desorden, o lesión.
5. *Cáncer* que la *Persona Asegurada* ya padecía antes de que dicha *Persona Asegurada* fuera cubierta por esta Póliza.
6. Cualquier *Cáncer*, enfermedad, condición, desorden o lesión para la cual la *Persona Asegurada* haya recibido o debió de haber recibido tratamiento médico o haber sido aconsejado por un médico antes o durante el *Período de Espera*.
7. Cualquier *Condición Médica Pre-Existente*, como se define en la la Cláusula No.II.
8. Cualquier *Cáncer*, enfermedad, condición, desorden, lesión o cirugía (u otro procedimiento invasivo) directamente o indirectamente causada por, o atribuible a infección con el Virus de inmunodeficiencia Humana (VIH) o infecciones asociadas incluyendo pero no limitadas al Síndrome de Inmunodeficiencia adquirido (SIDA) y el complejo Relacionado al SIDA (CRS).
9. Cualquier infección oportunista y/o carcinoma maligno (tumor), si al momento de una crisis, la *Persona Asegurada* tenía Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o tenía anticuerpos positivos de VIH en la prueba sanguínea (Virus de Inmunodeficiencia Humana). Las infecciones oportunistas incluyen pero no se limitan a neumosiastisis, neumonía carinii, virus de organismos de enteritis crónica y/o infecciones diseminadas por hongos.
10. Cualquier *cáncer* de la piel, a excepción de melanomas malignos.
11. Cualquier *Cáncer* cérvico y/o uterino "in situ", pero esta exclusión aplica únicamente al beneficio de Indemnización por Diagnóstico de *Cáncer*.
12. Guerra, actos de terrorismo, invasión, acción de un enemigo extranjero, hostilidades (ya sea la guerra declarada o no) guerra civil, rebelión, revolución, motín, huelga, insurrección, golpe militar o poder usurpado.
13. Cualquier accidente o incidente nuclear o biológico, epidemias.

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 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 que suministra regularmente para la presentación de prueba de pérdidas. Todos los certificados, información o evidencia requerida 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.

- a. 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.
- b. No se reducirá o denegará ninguna reclamación por pérdida contraída que comience 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 cubierta 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 del BANCO LEÓN.

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 computariado 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 treinta (30) días calendario posterior al mes que acaba de vencer. El mismo considerara la siguiente información: nombres de asegurados, planes contratados, fecha de efectividad para cada asegurado, fecha de nacimiento, prima total a pagar del mes por asegurado y total de la póliza.

Este reporte sera el resultado de los asegurados correspondientes al mes anterior, menos las exclusiones más las inclusiones, por lo que la responsabilidad de La Compañía se limitara 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 cubierta 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 cubierta se limitará a un reembolso, cuando corresponda, de la porción de la prima pagada durante el período no cubierto por la póliza.

11. Cubierta Bajo Una Póliza

Independientemente de la cantidad de cuentas del BANCO LEÓN 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. Cubierta en Exceso

Los beneficios que conllevan el pago por gastos razonables son cubiertos en exceso, y sólo serán pagados en la eventualidad de que dichos gastos razonables no sean pagados por otro plan médico, seguro o plan de cuidado de salud grupal ("ARS o Compañía de Seguros") que cubra a la *Persona Asegurada*. Para estos fines la *Persona Asegurada* debe presentar pruebas a La Compañía de haber realizado los pagos de tales gastos razonables.

13. 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.

14. Intereses

Ninguna cantidad pagadera bajo esta póliza devengará interés.

15. 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*.

16. 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.

17. 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.

18. 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*.

19. 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 No. ACCP-960.