

## PLAN DE PROTECCIÓN CONTRA EL CÁNCER

El presente contrato se rige por lo establecido en la presente póliza, constituida por la solicitud, el acuerdo de seguros, las condiciones particulares, las condiciones generales, las exclusiones generales, así como por las declaraciones y endosos que se anexan a la misma, y la Ley 146-02 de Seguros y Fianzas.

De conformidad con lo expresado en el párrafo anterior y de acuerdo con las informaciones ofrecidas por el **ASEGURADO** en la solicitud, **MAPFRE BHD COMPAÑÍA DE SEGUROS S. A.** y el **ASEGURADO**, nombrado en las declaraciones, en consideración del pago de la prima y confiando en lo consignado en la solicitud que forma parte del presente Contrato, y sujeto a los límites de responsabilidad, exclusiones y otros términos de esta póliza, formalizan el siguiente **ACUERDO DE SEGURO**.

### 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*.

#### 1.1. Condiciones del Beneficio

Una reclamación de beneficios debe hacerse a La Compañía dentro de los sesenta (60) días calendarios contados a partir del Diagnóstico de Cáncer.

- a) Una vez presentada la reclamación de indemnización por Diagnóstico de Cáncer y aprobada por la Compañía, ésta dispondrá

de un plazo de 30 días hábiles para el pago de la misma. Si durante este periodo el asegurado falleciera el pago se hará a sus herederos.

- b) La *Persona Asegurada* afectada debe haber estado asegurada bajo esta póliza por lo menos ciento ochenta (180) días calendarios, 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.

#### 1.2. 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.

#### 1.3. 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 coberturas bajo

## PLAN DE PROTECCIÓN CONTRA EL CÁNCER

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:

### 1.3.1. 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.

### 1.3.2. Sangre y Plasma

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

### 1.3.3. 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*.

### 1.3.4. 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.

### 1.4. 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.

### 1.5. 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.

### 1.6. Indemnización por Diagnóstico de Cáncer

Si la *Persona Asegurada* recibe un *Diagnóstico* de *Cáncer* cubierto por esta Póliza, La Compañía realizará en un sólo pago 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

## PLAN DE PROTECCIÓN CONTRA EL CÁNCER

- 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.

Al menos seis (6) meses antes del asegurado cumplir setenta (70) años de edad la Compañía enviará una comunicación a este y al Contratante informando que a partir de la misma no podrá optar por esta cobertura."

### 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:

- 3.1. **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.
- 3.2. **Asegurado:** Es el cliente del Contratante, designado como ASEGURADO en el *Certificado de Seguro*, que mantiene una cuenta o relación comercial con el mismo.
- 3.3. **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.

3.4. **Cónyuge Asegurado:** Persona unida al Asegurado a través del matrimonio.

3.5. **Compañera (o) de Vida Asegurado:** Persona con la que haya vivido el asegurado y a la que legalmente se le reconocen derechos respecto de su persona.

Si el Asegurado elige esta cobertura adicional se pagará la prima correspondiente.

3.6. **Certificado de Seguro:** Es el documento titulado CERTIFICADO DE SEGURO, la cual se integra y forma parte de esta póliza.

3.7. **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 podrá solicitar una confirmación adicional del diagnóstico final, realizado por un médico seleccionado por ésta, según sea el caso.

3.8. **Diagnóstico Clínico:** Significa un diagnóstico basado en el historial del paciente, examen físico, radiografías y laboratorios, sin incluir una confirmación histológica ni microscópica.

3.9. **Fecha de Aniversario:** Significa el aniversario de la *Fecha de Vigencia* de forma independiente para cada *Persona Asegurada*.

3.10. **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

## PLAN DE PROTECCIÓN CONTRA EL CÁNCER

VIGENCIA DEL SEGURO en el Certificado de Seguros.

- 3.11. **Gastos Justos, Razonables y Acostumbrados:** Significan los honorarios y gastos por atención médica que se generen por la detección y 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.
- 3.12. **Hospital:** Significa cualquier institución legalmente autorizada para prestar servicios hospitalarios, ya sean médicos o quirúrgicos, en el país donde se encuentra y que opera bajo la supervisión constante de un médico, acreditado como tal.
- 3.13. **Médico:** Significa un médico patólogo u oncólogo diferente al Asegurado, si fuese el caso, con autorización legal e inscrito para ejercer su especialidad según las leyes del país en el cual practica medicina.
- 3.14. **Período de Espera:** Significa el período de ciento ochenta (180) días calendarios 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.
- 3.15. **Persona Asegurada:** Es el Asegurado y su *Cónyuge Asegurado*.

### IV. Fecha de Vigencia y Cancelaciones

#### 4.1. 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*.

#### 4.2. Cancelación

#### 4.2.1. Derecho a Devolver la Póliza y terminación por parte del Asegurado.

Si por cualquier razón, el 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 Contratante 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 un Cáncer hecho antes de dicha devolución. Cualquier prima pagada será acreditada a la cuenta del ASEGURADO. Si el Asegurado solicita la cancelación después de los treinta (30) días indicados anteriormente, la devolución de prima se realizará a prorrata.

#### 4.3. Terminación por parte del Asegurado o del Contratante

Si el Asegurado o el Contratante notifica por escrito a la Compañía, su deseo de cancelar esta póliza, dicha cancelación será efectiva en la fecha en que la notificación haya sido recibida por la Compañía, o en la fecha que se especifique en dicha notificación, la que sea posterior.

#### 4.4. 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 al Asegurado y al Contratante por medio de carta certificada enviada a su última dirección conocida. Dicha cancelación será efectiva diez (10) días hábiles a partir de la fecha de recepción de dicha notificación.

#### 4.5. Terminación Inmediata de la cobertura

## PLAN DE PROTECCIÓN CONTRA EL CÁNCER

- a) La cobertura de esta póliza para cada Asegurado terminará inmediatamente al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:
- b) La cancelación o cierre de la cuenta del Asegurado a la cual se cargaba la prima pagadera por esta póliza.
- c) El fallecimiento del Asegurado
- d) Al pagarse el beneficio provisto en esta póliza a cualquier *Persona Asegurada*.
- e) Al cumplir la *Persona Asegurada* la edad de setenta (70) años.
- f) En cuanto al Cónyuge Asegurado se refiere, en el momento en que deje de estar legalmente casado con el Asegurado.
- g) En cuanto al Companero(a) de vida se refiere, en el momento en que haya perdido dicha calidad.

Cuando se registre una cualquiera de las causas antes indicadas se le enviará una comunicación por escrito al Asegurado y al Contratante con por lo menos 10 días hábiles de anticipación informando la terminación de la cobertura.

### 4.6. Terminación de la cobertura de la póliza para el Asegurado por Falta de Pago de la Prima

- 4.6.1. En caso de que la prima inicial facturada a la cuenta del Asegurado no haya sido pagada en un plazo de treinta (30) días calendario, la cobertura de esta póliza para este Asegurado se considerará cancelada de pleno derecho desde la Fecha de inicio de Vigencia de la misma.
- 4.6.2. En caso de cualquier falta de pago de prima después del pago de una o más primas cargadas a la cuenta del Asegurado, la cobertura de esta póliza para cada Asegurado se considerará cancelada de pleno derecho desde la fecha en que se venció la prima no pagada.

Dicha cancelación se le notificará por escrito al Asegurado y al Contratante con por lo menos 10 días hábiles de anticipación.

### 4.7. 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 *Asegurado* 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 Asegurado* o de La Compañía.

### 4.8. 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 Asegurado o del Contratante en un plazo no mayor de 10 días hábiles. Si no se ha pagado la prima por período alguno hasta la fecha de cancelación como expresado anteriormente, el Asegurado será responsable a la Compañía por el pago de tal prima, la cual puede, a su opción, cargar a la cuenta del Asegurado o del Contratante, lo cual será notificado por escrito con por lo menos 10 días hábiles de anticipación.

## V. Primas

### 5.1. 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.

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

## PLAN DE PROTECCIÓN CONTRA EL CÁNCER

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

5.2.1. 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.

5.2.2. 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.

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

La prima de seguro se cargará a la cuenta del Asegurado, en la fecha debida a menos que la póliza sea cancelada o la cobertura para el *Asegurado* sea terminada de acuerdo a la Sección III.

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

Sujeto a los términos y condiciones de esta póliza, el pago de la prima en la fecha debida automáticamente renueva la póliza. Esta póliza se mantendrá vigente, a menos que el Asegurado o el Contratante solicite la cancelación de la misma o que proceda su cancelación a solicitud de la compañía por una de las causas ya indicadas.

## 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:

- a) Cualquier *Cáncer* no especificado en esta Póliza.
- b) Cualquier *Cáncer*, enfermedad, desorden, lesión o condición, que sea diagnosticado antes o durante el *Período de Espera*.

- c) 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.
- d) *Cáncer* que la *Persona Asegurada* ya padecía antes de que dicha *Persona Asegurada* fuera cobertura por esta Póliza.
- e) 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*.
- f) Cualquier *Condición Médica Pre-Existente*, como se define en la la Cláusula No. II.
- g) 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).
- h) Cualquier infección oportunista o carcinoma maligno (tumor), si al momento de una crisis, el Asegurado tenía Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o tenía anticuerpos positivos de VIH en la prueba sanguínea (Virus de Inmunodeficiencia Humana). Las infecciones oportunistas incluyen: neumosiastisis, neumonía carinii, virus de organismos de enteritis crónica o infecciones diseminadas por hongos u otras que se consideren oportunistas.
- i) Cualquier *cáncer* de la piel, a excepción de melanomas malignos.
- j) Cualquier *Cáncer* cérvico o uterino "in situ", pero esta exclusión aplica únicamente al

## PLAN DE PROTECCIÓN CONTRA EL CÁNCER

beneficio de Indemnización por Diagnóstico de Cáncer.

- k) Cualquier accidente o incidente nuclear o biológico, epidemias.

### VIII. Disposición de Reclamaciones

#### 8.1. Aviso y Pruebas de Siniestro

Aviso por escrito del diagnóstico de cáncer debe presentarse a La Compañía dentro de los tres (3) meses contados a partir de la fecha en que la persona asegurada recibe el diagnóstico. La Compañía suministrará los correspondientes formularios e informará sobre los requisitos para presentar la reclamación.

La persona asegurada debe proporcionar a La Compañía, los documentos necesarios que esta requiera para formalizar la reclamación, tales como:

- Formulario de reclamación debidamente completado
- Informes médicos e histopatológicos
- Pruebas de diagnóstico, entre otros.

De igual forma, deben ser costeados por la persona asegurada los gastos de evidencias clínicas, histológicas, radiológicas y de laboratorio, según lo requiera La Compañía.

La enfermedad debe ser diagnosticada y confirmada por un médico especialista. La Compañía puede requerir que el asegurado sea examinado por un médico de su elección.

#### 8.2. 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 dos (2) años desde la fecha que la prueba sea requerida. Cumplido este plazo La Compañía queda relevada de toda responsabilidad.

#### 8.3. 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.

#### 8.4. Exámenes Físicos y Autopsia

La Compañía, previa solicitud por escrito a los familiares del asegurado fallecido podrá solicitar ejercer su derecho de examinar por su cuenta a la Persona Asegurada fallecida 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.

#### 8.5. Tiempo para pago de Reclamaciones

Luego de recibidas las documentaciones necesarias y legítimas para la evaluación del reclamo y aceptada por el Asegurador procederá al pago de las indemnizaciones correspondientes en el plazo establecido por la Ley.

#### 8.6. Limite de Tiempo para Defensas.

Después de un (1) año 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)

## PLAN DE PROTECCIÓN CONTRA EL CÁNCER

que comience después de transcurrido dicho período de un (1) año.

- a) No se reducirá o denegará ninguna reclamación por pérdida contraída que comienza después de transcurridos un (1) año 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.

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 *Cientes y Personas Aseguradas* consideradas en dicho reporte.

### IX. Disposiciones Generales

### 9.4. Límites Geográficos

#### 9.1. Consideración

Esta póliza se emite en consideración a las declaraciones contenidas en el Formulario de Inscripción y al consentimiento del *Asegurado* en cuanto al pago de las primas que se le cobran a su cuenta del *Asegurado*.

El seguro contemplado en esta póliza aplicará 24 horas diarias en cualquier lugar del mundo.

### 9.5. Pago del Beneficio

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

#### 9.2. 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. Toda modificación que se registre en la presente póliza será debidamente notificada a PRO CONSUMIDOR y a la Superintendencia de Seguros.

### 9.6. Autoridad Legal

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

#### 9.3. 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:

### 9.7. 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.

### 9.8. Jurisdicción

Los tribunales de Rep Dom y las instancias administrativas creadas al efecto seran competentes para conocer cualquier conflicto derivado de la presente poliza.

### 9.9. Acción Civil

## PLAN DE PROTECCIÓN CONTRA EL CÁNCER

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.

### 9.10. Declaraciones Incorrectas Sobre la Edad

En el supuesto que el Asegurado declare una edad incorrecta se cobrará la prima en función a la edad que corresponda.

### 9.11. Cobertura Bajo Una Póliza

En caso de que un mismo asegurado haya contratado más de una póliza de este tipo en beneficio propio se procederá de la manera siguiente:

- a) Los beneficios serán reconocidos sobre la póliza que otorgue mayor cobertura.
- b) Si las pólizas contratadas tienen idénticas coberturas la Compañía los beneficios serán reconocidos sobre la base de lo consignado la primera póliza contratada, salvo que el Asegurado haya comunicado por escrito a la Compañía la existencia de las demás pólizas y esta haya aceptado o escrito esta condición.

### 9.12. Cobertura en Exceso

Los beneficios que conllevan el pago por gastos razonables son coberturas 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.

### 9.13. 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.

### 9.14. Intereses

Ninguna cantidad pagadera bajo esta póliza devengará interés.

### 9.15. Moneda

Las primas y sumas aseguradas de la presente póliza serán pagaderas en pesos dominicanos

### 9.16. 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 con la disposición de cancelación.

### 9.17. 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.