

CONTENIDO

GUÍA DEL ASEGURADO.....	03
CONDICIONES GENERALES.....	11
SECCIÓN I: ACUERDO DE SEGURO	11
Artículo 1: Contrato Único	11
Artículo 2: Definiciones	11
SECCIÓN II: COBERTURAS	15
Artículo 3: Coberturas	15
SECCIÓN III:CONDICIONES GENERALES	25
Artículo 4: Condiciones Generales	25
SECCIÓN IV: EXCLUSIONES GENERALES	39
Artículo 5: Exclusiones Generales	39



GUÍA DEL ASEGURADO

MAPFRE BHD Seguros le da la bienvenida a su Plan de Enfermedades Graves Dx7, orientándole para que tenga una experiencia satisfactoria y esté informado (a) adecuadamente sobre los procedimientos que debe seguir para el mejor uso de su seguro.

1) Recomendaciones para el uso adecuado de su seguro

- Lea detenidamente las Condiciones Generales y Particulares de su póliza. Si desea que le expliquen el alcance de las coberturas, consulte con su intermediario, visítenos en nuestras oficinas o utilice nuestro servicio de atención telefónica disponible las 24 horas del día los 365 días del año.
- Recuerde siempre informar a su cónyuge o compañero de vida, a sus hijos, a un familiar cercano o a una persona de su confianza de la existencia este y otros seguros, quienes de ser necesario, deberán comunicarse de inmediato por teléfono a nuestra Línea de Servicio SI 24, a los números indicados más adelante.
- Asegúrese de que el pago de la prima de su seguro esté al día.

2) ¿Cómo Contactarnos?

Nuestra Línea de Servicio SI 24 (809) 549 7424 desde Santo Domingo, y 1 (809) 200 7424 desde el interior sin cargos, está a su disposición las 24 horas del día 365 días al año, a través de la cual usted puede:

- Recibir información sobre su póliza y coberturas
- Solicitar Servicios Complementarios
- Conocer el estatus de una reclamación
- Gestionar el pago de la prima de su seguro

Ante cualquier siniestro puede escribir a:

siniestrosvidasalud@mapfrehd.com.do

Para enviarnos una correspondencia remítala a: Av. Abraham Lincoln No. 952, Ensanche Piantini, Santo Domingo, República Dominicana. Apartado Postal No 1366.

También puede visitar nuestra página web: **www.mapfrehd.com.do**

3) ¿Cómo recibir los servicios?

I. MAPFRE SALUD 24

Si por cualquiera de las condiciones de salud amparadas en la póliza desea efectuar una consulta médica telefónica con el equipo médico de La Compañía, solo debe llamar a nuestra Línea de Servicio SI 24, donde al seleccionar la opción MAPFRE SALUD 24 podrá recibir, entre otras orientaciones:

- Consejos de Salud.
- Consejos ante emergencias médicas.
- Informaciones sobre medicamentos y prescripciones.
- Efectos secundarios y contraindicaciones de determinados fármacos.
- Procedimientos a seguir en determinadas patologías.
- Información sobre proveedores médicos, centros médicos, clínicas y farmacias de turno.
- Medicina Preventiva.

Es importante recordar que el servicio de orientación médica no sustituye en ningún caso a los facultativos o al diagnóstico médico necesario para un tratamiento médico profesional.

II. Ambulancia Terrestre Nacional

En caso de que a consecuencia de una enfermedad o padecimiento nombrado en la póliza se necesitare una ambulancia terrestre, usted o una tercera persona actuando en su nombre podrá llamar a nuestra Línea de Servicio SI 24 y solicitar el envío de una ambulancia terrestre desde el lugar de la emergencia, hasta el centro hospitalario más adecuado. El equipo de La Compañía estará en comunicación permanente con la persona asegurada hasta que sea atendida y brindará apoyo al equipo móvil en caso de ser necesario.

III. Ambulancia Aérea Nacional

Si tiene esta cobertura contratada en su póliza, pudiendo confirmarlo en las condiciones particulares de la misma donde estará indicado, MAPFRE BHD Seguros le ofrece cobertura de ambulancia aérea nacional hacia la clínica u hospital más cercano y apropiado, dotada esta del equipo médico necesario para atender la emergencia que amenace de manera inminente la vida de la persona asegurada y está causada por una de los padecimientos cubiertos en esta póliza.

Podrá solicitar este servicio con sólo llamar a nuestra Línea de Servicio SI 24 y seleccionar la opción Ambulancia Aérea Nacional, indicando una descripción de la ubicación y las condiciones de la persona asegurada que se encuentra en estado de gravedad, de forma que permitan a La Compañía evaluar los requisitos y la necesidad de dicho servicio, para proceder con el envío de la Ambulancia Área.

IV. Segunda Opinión Médica- S.O.M.

En caso de tener contratada la cobertura de Segunda Opinión médica, pudiendo confirmarlo en las condiciones particulares de su póliza donde estará indicado, La Compañía le gestionará una segunda opinión médica sobre su diagnóstico o tratamiento a realizar. Esta opinión es realizada por médicos en los Estados Unidos. Para ello usted o una persona actuando en su nombre deberá completar:

- A. Formulario de petición de S.O.M. debe estar completado por el paciente para la apropiada revisión por parte del doctor.
- B. Información Médica:
 - Copia original del historial clínico completo y exámenes físicos del paciente.
 - Todos los estudios actuales rayos-x, angiografías, tomografías o tests relativos al caso.
 - A ser posible, acompañar en todos los formatos disponibles, discos compactos, videos de la endoscopia o videos del eco cardiograma, etc.
 - Diapositivas de la patología que contengan muestras de tejido o indicadores de la histopatología y cualquier información adicional, en todos los casos en los que el diagnóstico de la anatomía patológica ha sido el factor decisivo o ha jugado un papel importante en el diagnóstico del paciente.

Posteriormente el doctor ubicado en la filial en Estados Unidos recibirá toda la documentación del caso, la analizará, abrirá un caso, y enviará la información a la persona de contacto del hospital elegido como mejor calificado dentro de nuestra Red de Proveedores Preferentes.

El proveedor de S.O.M. nos enviará una respuesta por escrito, incluyendo sus recomendaciones. Estas recomendaciones estarán comprendidas en una de las dos situaciones:

- a) Si el/los especialista/s está(n) de acuerdo y consideran apropiado y suficiente el tratamiento que el paciente está recibiendo, y consideran que no pueden aportar ninguna solución mejor para el paciente, sugerirán la continuación del tratamiento como está planificado.

- b) En caso contrario, se propondrá una próxima cita para proceder a investigaciones o tratamientos más avanzados. Se propondrá también el tipo de especialista que el paciente necesitaría ver, así como un presupuesto aproximado de la consulta y/o tratamiento propuesto.

4. ¿Cómo se pagan los siniestros?

I. Cobertura de Diagnóstico

Para recibir los beneficios de la cobertura de diagnóstico la persona asegurada debe encontrarse con vida, y ella misma o un tercero actuando en su nombre debe completar y enviar a MAPFRE BHD Seguros los siguientes formularios:

a) Documentación Básica

- Formulario Reclamación “Seguro de Enfermedades Graves” (Informe del Reclamante e Informe del Médico) debidamente completado y firmado.
- Copia de la cédula de la persona asegurada.
- En caso de Accidente, Acta Policial original y legalizada.
- Documentación médica necesaria de acuerdo a la cobertura afectada.

b) Documentación Médica

De acuerdo al diagnóstico que se vaya a presentar, deberá incluir los siguientes informes:

1. *Enfermedades del Corazón -Infarto al Miocardio.*
 - a. Electrocardiograma reciente que sustente el diagnóstico de infarto al miocardio.
 - b. Pruebas de laboratorio sobre niveles elevados de las enzimas cardíacas (CK y CK-MB) o proteínas miocárdicas (troponina T).
 - c. Informe del médico tratante sobre el diagnóstico y el tiempo que estuvo en la Unidad de Cuidado Coronario.
2. *Cirugía de Puente Aortocoronario (by-pass)*
 - a. Resultados de las pruebas de angiografía, que diagnostica la enfermedad coronaria.
 - b. Informe quirúrgico que describa una cirugía mayor requiriendo estereotomía mediana (división de hueso del pecho) para corregir la obstrucción o estrechamiento de una o más arterias coronarias con injertos de derivación con el asesoramiento de un cardiólogo.

3. *Accidente Vascular Cerebral (AVC)*
 - a. Diagnóstico de déficit neurológico permanente emitido por el médico tratante, posterior a tres (3) meses de ocurrido el evento.
 - b. Tomografía, resonancia magnética o prueba similar que evidencien el daño del tejido cerebral.
4. *Cáncer*
 - a. Diagnóstico basado en el informe patológico.
 - b. Laboratorios y pruebas radiológicas.
 - c. Evaluación médica por el médico de La Compañía.
5. *Trasplante de Órgano Mayor*
 - a. Expediente médico que demuestre el daño del órgano mayor.
 - b. Prueba de que la persona asegurada está registrada y en la lista de espera para el trasplante o si existe el donante para el reemplazo del órgano dañado.
6. *Insuficiencia Renal Crónica*
 - a. Pruebas de laboratorio y radiológicas que demuestren la insuficiencia crónica irreversible de ambos riñones.
 - b. Informe del especialista que trata la persona asegurada sobre el tratamiento aplicado y la evolución de la enfermedad.
 - c. Constancia de que la persona asegurada se encuentra en programa regular de hemodiálisis (al menos una vez por semana).
7. *Quemaduras Graves*
 - a. Informe del médico tratante indicando:
 - i. Profundidad de la quemadura
 - ii. Órganos o miembros afectados
 - iii. Condición actual del paciente
 - b. Pruebas radiológicas o de diagnósticos
8. *Politraumatismo*
 - a. Pruebas radiológicas que comprueben la hemiplejia, paraplejia, o cuadriplejia.
 - b. Constancia de que las lesiones son permanentes e irreversibles (por lo menos han estado presente de forma continua durante al menos 180 días, posterior al accidente).
9. *En caso de Fallecimiento de la persona asegurada (solamente si el fallecimiento ocurre dentro de los sesenta (60) días contados desde la fecha del diagnóstico de la enfermedad o del evento del Politraumatismo):*
 - a. Acta de Defunción original la persona asegurada fallecida, debidamente legalizada.
 - b. Copia de la cédula de la persona asegurada fallecida y de cada uno de los herederos legales.

- c. Determinación de herederos legales.
- d. Acta de nacimiento original y legalizada de cada uno de los herederos legales.

Estos documentos son obligatorios para tener derecho a la indemnización para esta cobertura. A la vez en caso de considerarlo necesario se podrían requerir otros documentos que avalen el estado de salud de la persona.

Una vez recibida la documentación, se realizará una evaluación por parte del médico de La Compañía, para concluir el proceso de evaluación, comunicándonos con usted o la persona de contacto para informarle el resultado.

Si la reclamación es aprobada le informaremos la fecha en que deberá pasar por nuestras oficinas para recibir el valor asegurado de la cobertura de diagnóstico.

En caso de fallecimiento de la persona asegurada La Compañía podrá realizar el pago del treinta por ciento (30%) de la suma asegurada de la cobertura de Diagnóstico a los beneficiarios designados en la póliza, cuando la persona asegurada fallezca en un plazo no mayor a sesenta (60) días contados desde la fecha del evento.

II. Cobertura Rentas Mensuales

A partir del mes de pagada la suma asegurada en la cobertura de diagnóstico, se iniciará el pago de la suma asegurada de esta cobertura, fraccionado este valor en veinte (20) rentas mensuales e iguales.

Para recibir los beneficios de la cobertura de rentas mensuales la persona asegurada debe encontrarse con vida, y ella misma o un tercero actuando en su nombre debe completar y enviar a MAPFRE BHD Seguros:

- Formulario de apertura o asignación de cuenta bancaria para transferencias electrónicas.

Usted tendrá la opción de recibir de contado el ochenta y cinco por ciento (85%) del total de la suma asegurada para esta cobertura si así 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. Una vez iniciado el pago de las rentas mensuales, no se podrá solicitar el pago del ochenta y cinco por ciento (85%) del total de la suma asegurada.

5. Pago de la Prima de Seguro

El contratante de la póliza es el responsable de pagar la prima al momento de emitir el seguro y de sus facturaciones y renovaciones sub-secuentes. **MAPFRE BHD Seguros** podrá enviar con treinta (30) días de anticipación a cada fecha de facturación un “aviso de pago de prima”, sin embargo, es responsabilidad del contratante comunicarse con su intermediario o con La Compañía.

Usted puede pagar la prima de seguro con un cheque emitido a nombre de **MAPFRE BHD Compañía de Seguros, S. A.**, en efectivo o con tarjeta de crédito. Nuestra Línea de Servicio SI 24 pone a su disposición la facilidad de realizar sus pagos de prima a través de asistencia telefónica.

MAPFRE BHD Seguros se reserva el derecho de cambiar las primas en cada fecha de renovación de la póliza.

6. Rehabilitación de la Póliza

Usted puede rehabilitar su póliza dentro de un plazo de dos (2) meses después de cancelada la misma. El contratante de la póliza podrá solicitar por escrito a **MAPFRE BHD Seguros** la rehabilitación presentando nuevas evidencias de asegurabilidad, reservándose La Compañía el derecho de aceptar o declinar esta solicitud de rehabilitación.

CONDICIONES GENERALES

SECCIÓN I: ACUERDO DE SEGURO Y DEFINICIONES

Artículo No.1: Contrato Único

- 1.1 La presente póliza de seguros está constituida por la Solicitud de Seguro, el Acuerdo de Seguros, las Condiciones Generales y Particulares, las Exclusiones Generales, así como por las Declaraciones y Endosos que se anexan a la misma. Estos documentos conforman un contrato único entre Las Partes.
- 1.2 De conformidad con lo expresado en el párrafo anterior, y de acuerdo con las informaciones ofrecidas en la solicitud por el contratante de la póliza y/o el asegurado, en consideración del pago de la prima y confiando en lo consignado en la solicitud que forma parte del presente contrato, sujeto a los límites de responsabilidad, exclusiones y otros términos de esta póliza, Las Partes formalizan el siguiente ACUERDO DE SEGURO.

Artículo No. 2: Definiciones

A los efectos de esta póliza se entiende por:

- 2.1 **Accidente:** es el acaecimiento de un hecho súbito, externo y ajeno a la intencionalidad del asegurado, que afecte al organismo del asegurado ocasionándole una o más lesiones físicas que se manifiesten por contusiones o heridas visibles, incluyendo los casos de heridas internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes.
- 2.2 **Asegurado:** es la persona física o jurídica, titular del interés objeto de este seguro y que, en defecto del Contratante del seguro, asume las obligaciones derivadas del contrato. Salvo mención expresa en las Condiciones Particulares, contratante de seguro y asegurado son una misma persona.
- 2.3 **Asegurado Principal:** es la persona asegurada en un grupo familiar que diligencia y firma la solicitud de seguro de salud, y que está facultada para recibir la devolución de cualquier prima no devengada.

- 2.4 **Asegurador:** es la sociedad aseguradora **MAPFRE BHD Compañía de Seguros, S. A.**, la cual se obliga a la prestación de los servicios y coberturas correspondientes a cada una de las garantías que figuran incluidas en las Condiciones Particulares, con arreglo a los límites y condiciones establecidos en la póliza, quien en lo adelante se llamará La Compañía.
- 2.5 **Compañero (a) de Vida:** es la persona con la que el (la) titular asegurado (a) ha establecido una relación de convivencia en calidad de cónyuge en el mismo domicilio.
- 2.6 **Complejo relacionado con el SIDA:** es el conjunto de signos y síntomas de enfermedad clínica, usualmente presente después que el conteo de linfocitos CD4 (T) esté por debajo de 500/ μ l o mm³. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida deberá cumplir con la definición otorgada por la Organización Mundial de la Salud. Incluye el VIH (virus inmunodeficiencia humana), encefatología (demencia), y síndrome de desgaste por virus de inmunodeficiencia, y todas las enfermedades secundarias causadas y relacionadas al VIH positivo.
- 2.7 **Dependientes Asegurados:** son las personas incluidas dentro de un mismo contrato póliza, conformado por el (la) cónyuge o compañero (a) de vida del asegurado principal, y sus hijos – legítimos, hijastros o hijos legalmente adoptados-, y que cumplan con los requisitos de edad a la fecha de inicio del seguro. Para que los hijos califiquen como dependientes dentro de la póliza, estos deben ser solteros, depender económicamente y vivir en la misma residencia del titular o asegurado principal.
- 2.8 **Diagnóstico Clínico:** es aquel emitido por el médico tratante, basado en la historia clínica, examen físico y resultados de exámenes de diagnóstico y laboratorio.
- 2.9 **Donante:** es la persona que cede un órgano o sangre con fines terapéuticos.
- 2.10 **Elegibilidad:** la condición atribuida al solicitante del seguro mientras su edad cumplida se encuentre dentro de los rangos indicados en las Condiciones Generales de la póliza.
- 2.11 **Empleado activo y con derecho a seguro:** es una persona que (a) trabaja con horario regular, por lo menos treinta (30) horas por semana y a tiempo completo (b) recibe un salario regular (c) reside en República Dominicana. Quedan excluidos de esta definición los empleados provisionales o temporeros, de parte de tiempo y jubilados.

- 2.12 **Enfermedad:** es la alteración de la salud que origine reducción de la capacidad funcional, evidenciada por síntomas y hallazgos anormales en los exámenes médicos.
- 2.13 **Enfermedad coronaria del corazón:** es la enfermedad en la cual hay un estrechamiento o bloqueo de las arterias coronarias -vasos sanguíneos- que llevan sangre y oxígeno al corazón-. La causa de la enfermedad coronaria del corazón es generalmente la aterosclerosis, que es una acumulación de materia grasa y placa dentro de las arterias coronarias.
- 2.14 **Enfermedad o Condición Pre-Existente:** es cualquier dolencia, lesión corporal, incapacidad, enfermedad o infección, sintomática o no, que se haya originado antes del inicio de vigencia de la cobertura para cada persona asegurada bajo esta póliza, cambio de plan que conlleve una suma asegurada mayor, inclusión de coberturas o de su última rehabilitación, estando el asegurado en conocimiento de la misma, declaradas o no en la solicitud de seguro, existiendo o no dicha solicitud. También se considera como enfermedad pre-existente, la que habría dado como resultado un diagnóstico médico, si al presentarse los signos o síntomas hubiesen sido evaluados por un médico antes de la fecha de inicio de la cobertura de seguro para el asegurado.
- 2.15 **Fallecimiento:** es la pérdida de la vida de la persona asegurada.
- 2.16 **Grupo Asegurable:** son las personas que estén íntimamente unidas con el asegurado principal, o que estén unidas a éste por una relación de consanguinidad, afinidad, lazos de cariño o afecto; o al tomador del seguro o contratante por la condición de empleados, asociados, relacionados o clientes.
- 2.17 **Médico:** es la persona que posee licencia legal para practicar la medicina y/o cirugía, y que no sea el asegurado ni ningún miembro de la familia del asegurado.
- 2.18 **Médico Tratante:** es el profesional de la salud legalmente autorizado para el ejercicio de la medicina en el país donde presta sus servicios, cuya especialidad esté directamente relacionada con el diagnóstico o tratamiento efectuado al asegurado. Queda entendido que el Médico Tratante es un profesional independiente y la prestación de sus servicios no genera responsabilidad por parte de La Compañía.

- 2.19 **Órgano:** es la parte del cuerpo que cumple una función específica.
- 2.20 **Período Asegurado:** será aquel que comienza con la fecha en que se hace efectiva esta cobertura dentro de la póliza y para cada asegurado, y expira al término de la misma para la póliza en su totalidad.
- 2.20.1 **Período de Carencia:** es el tiempo transcurrido desde el inicio de la vigencia o la fecha de inclusión de una persona asegurada en la póliza, durante el cual La Compañía no otorgará asistencia o cobertura conforme se establece en las Condiciones Generales y Particulares.
- 2.21 **Póliza:** es el contrato escrito conformado por la Solicitud de Seguro, el Acuerdo de Seguros, las Condiciones Generales y Particulares, las Exclusiones Generales, así como por las Declaraciones y Endosos que se anexan a la misma, y que sirven para probar los derechos y obligaciones del asegurado o contratante del seguro y La Compañía.
- 2.22 **Prima:** es el precio del seguro que está obligado a pagar el asegurado o el contratante de la póliza de conformidad con la legislación vigente, y cuyo cumplimiento es condición esencial para la validez de este contrato.
- 2.23 **Recipiente:** es la persona que recibe un órgano o trasplante de tejido.
- 2.24 **Siniestro:** es el evento cuyas consecuencias dañosas están cubiertas por las garantías de la póliza.
- 2.25 **Solicitud de Seguro:** es el documento de declaración escrita, realizado en un formulario por la persona que procura acceder al seguro para sí misma y sus dependientes, que utiliza la Compañía para evaluar el riesgo y determinar la aceptación o declinación del mismo. Los exámenes médicos y formularios y entrevistas médicas forman parte de la Solicitud de Seguro.
- 2.26 **Suma Asegurada:** es el valor atribuido por el asegurado o el contratante del seguro, o por La Compañía al objeto del seguro, y cuyo importe es la cantidad máxima que está obligada a pagar La Compañía en caso de siniestro.
- 2.27 **Tejido:** es el grupo o capa de células que juntas cumplen una función específica en el cuerpo.
- 2.28 **Tomador del Seguro o Contratante:** es la persona que suscribe una póliza y es responsable del pago de las primas.

SECCIÓN II: COBERTURAS

Artículo No.3: Coberturas

Las coberturas que se ofrecen en esta póliza son las que se detallan continuación:

- 3.1 **Cobertura de Diagnóstico**
- 3.2 **Cobertura de Rentas Mensuales**
- 3.3 **Cobertura de Servicios Complementarios**

3.1 Cobertura de Diagnóstico

Garantiza a la persona asegurada la entrega de contado del capital contratado, cuando a ésta le sea diagnosticada por primera vez una enfermedad, procedimiento o evento patológico grave, después de cumplir el período de carencia, dentro de la vigencia de la póliza, y siempre que ésta no constituya una enfermedad o condición médica pre-existente. Para que La Compañía pague el beneficio que se deriva de la cobertura de Diagnóstico, la persona asegurada debe encontrarse con vida en la fecha en que La Compañía realice el pago del siniestro relacionado con la cobertura.

No obstante lo indicado anteriormente, La Compañía podrá realizar el pago del treinta por ciento (30%) de la suma asegurada en la cobertura de Diagnóstico a los beneficiarios designados en la póliza, o en su defecto a los herederos legales del asegurado, cuando la persona asegurada fallezca dentro de un plazo no mayor de sesenta (60) días calendario, contados a partir de la fecha de ocurrencia del siniestro.

Las enfermedades, procedimientos o eventos patológicos graves amparados bajo la presente póliza son:

3.1.1 Infarto Agudo al Miocardio

Entendido este como la necrosis o muerte de una parte del músculo cardíaco, como resultado de una interrupción súbita del aporte sanguíneo al miocardio, a consecuencia de una obstrucción de las arterias coronarias.

Para que esta cobertura surja efecto, el diagnóstico de la persona asegurada debe ser inequívoco y realizado por un especialista en la materia, y estar basado en:

- a) Historia de dolor torácico típico.
- b) Nuevos cambios electrocardiográficos que confirmen el infarto (aparición de la onda Q).
- c) Una elevación significativa de las enzimas cardíacas.

- d) Un mínimo de tres (3) días consecutivos en una Unidad de Cuidado Coronario, cuyo registro indique un infarto al miocardio ocurrido dentro de un plazo de veinticuatro (24) horas antes de dicha hospitalización.
- e) Reconfirmación del infarto con ecocardiograma para verificar zona eléctricamente inactivable.

3.1.1.1 Exclusiones:

No se pagará ningún beneficio bajo esta enfermedad cuando el diagnóstico sea:

- a) Angina de pecho.
- b) Micro infartos con sólo una elevación mínima de la Troponina-T y sin anomalía diagnóstica en el trazo del ECG o signos clínicos.

3.1.2 Cirugía de Puente Aortocoronario (by-pass)

Entendida ésta como la intervención quirúrgica a corazón abierto para la corrección de estenosis o bloqueo de una o más arterias coronarias, implantando injertos arteriales o venosos, que permita restablecer la circulación hacia el músculo cardíaco.

Para que esta cobertura surja efecto, la persona asegurada debe haber sido diagnosticada por un médico especialista en la materia, y ser referida como candidato (a) para una cirugía de puente aortocoronario, existiendo evidencias angiográficas de la enfermedad coronaria subyacente.

3.1.2.1 Exclusiones:

- a) Angioplastia de balón.
- b) Cualquier técnica intra-arterial basada en catéteres y colocación de stent.
- c) Procedimientos con láser, o cualquier otro procedimiento no operatorio.
- d) Toracotomía mínima.

3.1.3 Accidente Vascular Cerebral (AVC)

Entendido éste como un accidente o incidente cerebrovascular, originado por una interrupción del flujo sanguíneo al cerebro, que dure más de 24 horas y produzca secuelas neurológicas por muerte de tejido cerebral, hemorragia cerebral o sub-aracnoidea, embolia cerebral o trombosis cerebral.

Para que esta cobertura surja efecto, la persona asegurada debe ser diagnosticada por un médico especialista en la materia mediante pruebas de función neurológica realizadas por el neurólogo, y el accidente cerebrovascular debe ser comprobado luego de transcurrir como mínimo tres (3) meses contados a partir de la fecha de ocurrencia del suceso (AVC).

3.1.3.1 Exclusiones:

- a) Infarto de tejido cerebral o hemorragia intracraneal como resultado de traumatismo externo.
- b) Accidente Isquémico Transitorio (AIT).

3.1.4 Cáncer

Entendido éste como un tumor maligno caracterizado por no estar encapsulado, y por el crecimiento y expansión incontrolada de células malignas con invasión y destrucción del tejido normal.

Para que esta cobertura surja efecto, el diagnóstico de la persona asegurada debe ser realizado por un médico oncólogo, y estar apoyado con evidencia histológica de malignidad. También se consideran como cáncer la Leucemia, los linfomas y la Enfermedad de Hodgkin.

3.1.4.1. Exclusiones:

- a) "Carcinoma in situ", displasia cervical, cáncer de cérvix CIN I, II y III y todas las situaciones de pre malignidad o cánceres no invasivos.
- b) Cáncer de próstata temprano T1 (según clasificación TNM) incluyendo T1a y T1b u otra clasificación equivalente.
- c) Melanomas de piel estadio 1A ($\geq 1\text{mm}$, nivel II o III de Clark, sin ulceración) de acuerdo a la nueva clasificación de la AJCC (American Joint Committee of Cancer) del año 2010, con excepción del melanoma invasivo.
- d) Hiperqueratosis o carcinomas de células basales de piel.
- e) Carcinomas de células escamosas de piel salvo que exista metástasis.
- f) Sarcoma de Kaposi y todo tumor en presencia de infección por VIH.
- g) Carcinoma ductal in situ de mama.

3.1.5 Insuficiencia Renal Crónica

Entendida ésta como la etapa terminal de una enfermedad renal diagnosticada por un médico especialista en la materia, que se manifiesta por un fallo crónico e irreversible de la función de ambos riñones y que requiere la realización periódica de diálisis peritoneal, hemodiálisis y/o la necesidad de un trasplante renal.

3.1.5.1 Exclusión:

- (a) Falla renal reversible o temporal que se resuelva luego de algún tiempo de tratamiento.

3.1.6 **Trasplante de Órgano Mayor**

Entendido éste como el procedimiento durante el cual un órgano, célula o tejido se remueve y luego es implantado de nuevo en la misma persona, o de un individuo a otro de la misma especie. Este procedimiento se considera médicamente necesario cuando el órgano afectado pierde su funcionalidad de forma total e irreversible.

Para que esta cobertura surja efecto, la persona asegurada debe ser diagnosticada por un médico especialista en la materia, debe notificar a La Compañía la necesidad de trasplante antes de que dicho procedimiento se realice, y haber sido referida como candidata para un procedimiento quirúrgico estrictamente indispensable para la recepción de los siguientes órganos completos:

- a) Corazón
- b) Pulmón
- c) Páncreas total (excluye el trasplante de islotes de Langerhans)
- d) Riñón
- e) Hígado
- f) Médula Ósea Autóloga para: linfoma de no-Hodking, estadio III A o B, estadio IV A o B; linfoma de Hodking, estadio III A o B, estadio IV A o B; leucemia linfocítica aguda aplica después de la primera o segunda recaída; leucemia no-linfocítica aguda aplica después de la primera o segunda recaída; tumores de célula germen (gameto).
- g) Medula Ósea Alogénica para: anemia aplástica; leucemia aguda; inmunodeficiencia combinada severa; síndrome de Wiskott-Aldrich; osteopetrosis infantil maligna (enfermedad de Albers-Schonberg u osteopetrosis generalizada); leucemia mielógena crónica (LMC); neuroblastoma estadio III o IV en niños mayores a un año; beta talasemia homocigote (talasemia mayor); linfoma de Hodking, estadio III A o B, estadio IV A o B; linfoma de no-Hodking, estadio III o estadio IV.

3.1.6.1 **Exclusión:**

- (a) Cualquier otro trasplante diferente al trasplante de tronco de células.

3.1.7 **Politraumatismo**

Entendido éste como toda patología derivada de un accidente que provoque dos (2) o más fracturas o heridas múltiples, heridas traumáticas graves

periféricas, lesiones óseas traumáticas, viscerales o complejas y asociadas, incluyendo traumatismo encefalocraneano complicado, de las cuales al menos una de ellas compromete de forma inmediata la vida de la persona asegurada, quien a causa de su gravedad requiere de urgente hospitalización en una unidad de cuidado intensivo.

3.1.8 Quemaduras Graves

Entendida ésta como quemaduras de tercer grado que abarquen por lo menos el veinte por ciento (20%) de la superficie corporal, medidas por La Regla de los Nueve y La Regla de la Palma de la Carta de Superficie Corporal de LUND y BROWDER, diagnosticada por el médico especialista.

Se considera quemadura grave aquella que:

- Dificulta la respiración.
- Las que se localizan en la cabeza, cuello, manos, pies o genitales.
- Las que afectan a niños de menos de dos (2) años.
- Todas las que incluyen lesiones de tercer grado y que afectan a más del veinte por ciento (20%) de la superficie corporal.

3.2 Cobertura de Rentas Mensuales

Garantiza a la persona asegurada, a partir del mes posterior al pago de la suma asegurada indicada en la Cobertura de Diagnóstico, el pago de la suma asegurada para esta cobertura fraccionado en forma de rentas mensuales 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 éste 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 esté 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.

3.3 Cobertura de Servicios Complementarios

Garantiza a la persona asegurada los siguientes servicios complementarios:

3.3.1 MAPFRE Salud 24

Los servicios que se ofrecen a través de esta cobertura son los siguientes:

a) **Orientación Médica Telefónica Permanente**

Servicio que a consecuencia de una enfermedad, procedimiento o evento patológico grave de las nombradas en la cobertura de Diagnóstico bajo la presente póliza, podrá acceder la persona asegurada o una tercera persona actuando en su nombre, para efectuar una consulta médica telefónica con el equipo médico de La Compañía, a través de nuestra Línea de Servicio Sí 24, disponible 24 horas, cuya información de contacto se encuentra impresa en esta póliza. El alcance de las recomendaciones dependerá de la condición (patología) indicada por la persona asegurada. La consulta ofrecida a la persona asegurada o a una tercera persona actuando en su nombre, en modo alguno será vinculante para La Compañía y no tendrá otro objeto que el de una simple orientación.

La información médica podrá versar sobre los siguientes aspectos:

- Procedimientos a seguir en determinadas patologías.
- Consejos ante emergencias médicas.
- Información sobre medicamentos y prescripciones.
- Medicina preventiva.
- Consejos de salud.
- Información de pruebas diagnósticas y/o tratamientos ya prescritos.
- Efectos secundarios y contraindicaciones de determinados fármacos.

El Servicio de Orientación Médica Telefónica en ningún caso sustituye a los facultativos o el diagnóstico médico necesario para un tratamiento médico profesional. En consecuencia, no incluirá a ningún efecto las actividades de:

Diagnóstico de enfermedades, receta de medicamentos, recepción y/o interpretación de informes y pruebas, informes o comentarios por escrito, atención directa de urgencias o emergencias de ningún tipo, comunicación a los servicios públicos de urgencias o emergencias de ningún tipo de solicitud de ayuda, llamadas de seguimiento, revisión o comentario del consejo,

asesoramiento, diagnóstico o prescripción dada por un médico o profesional sanitario, limitándose a responder a las cuestiones referidas por la persona asegurada, o sus responsables y de acuerdo a la información facilitada por esta.

La Compañía no será en ningún caso, responsable de las acciones u omisiones del asegurado en cuanto al seguimiento de las orientaciones médicas que se le preste, con soporte a la información que éste ha proporcionado.

b) Envío de Ambulancia Terrestre Nacional

Servicio que a consecuencia de una enfermedad, procedimiento o evento patológico grave de las nombradas en la cobertura de Diagnóstico bajo la presente póliza, la persona asegurada o una tercera persona actuando en su nombre podrá solicitar, a través de nuestra Línea de Servicio Sí 24, disponible 24 horas, cuya información de contacto se encuentra impresa en esta póliza.

La Compañía coordinará y enviará una ambulancia terrestre para trasladar a la persona asegurada desde el lugar de la emergencia, el cual deberá estar situado dentro del ámbito territorial garantizado, hasta el Centro Hospitalario adecuado. El equipo médico de La Compañía estará en comunicación permanente con la persona asegurada hasta que esta sea atendida, y brindará apoyo al equipo móvil en caso que sea necesario.

El límite económico de esta cobertura y la cantidad de eventos al año están indicados en las Condiciones Particulares de la póliza o en el Certificado de Cobertura.

c) Servicio de Información

En caso de que la persona asegurada o una tercera persona actuando en su nombre necesite información sobre proveedores médicos, centros médicos y hospitalarios, clínicas y farmacias de turno, podrá solicitarla mediante llamada telefónica a través de nuestra Línea de Servicio Sí 24, disponible 24 horas, cuya información de contacto se encuentra impresa en esta póliza.

3.3.2 Ambulancia Aérea Nacional

Queda amparado bajo esta cobertura el servicio de ambulancia aérea nacional a solicitud de la persona asegurada o de una tercera persona actuando en su nombre, siempre y cuando a juicio del personal médico de servicio de La Compañía, se trate de una emergencia de salud que amenace de manera inminente la vida de la persona asegurada, y que se trate de una condición de salud relacionada con las enfermedades graves amparadas en la presente póliza.

Para solicitar este servicio, la persona asegurada o una tercera persona actuando en su nombre debe contactar a La Compañía a través de nuestra Línea de Servicio Sí 24, disponible 24 horas, cuya información de contacto se encuentra impresa en esta póliza, indicando una descripción de la ubicación y las condiciones de la persona asegurada que se encuentra en estado de gravedad, de forma tal que permitan que La Compañía evalúe los requisitos y necesidad de dicho servicio.

La Compañía se reserva el derecho de decidir si despacha o no una unidad de helicóptero ambulancia, tomando en consideración los procedimientos de seguridad para el despegue y aterrizaje, las condiciones meteorológicas previstas o imprevistas, o una limitación mecánica imprevista, todo de conformidad con las normativas del IDAC (Instituto Dominicano de Aviación Civil).

De igual manera será de la exclusiva atribución del capitán del helicóptero ambulancia el suspender o modificar en cualquier momento la misión de rescate, tomando en consideración los procedimientos de seguridad para el despegue y aterrizaje, las condiciones meteorológicas previstas o imprevistas, o una limitación mecánica imprevista, todo de conformidad con las normativas del IDAC.

La Compañía ejecutará el servicio requerido en horas de la noche por la persona asegurada, solamente en las áreas geográficas que permita IDAC, en las áreas de aterrizaje aprobadas por HELIDOSA para operaciones nocturnas, y otras donde la aeronave pueda aterrizar con seguridad, siempre a discreción del capitán o la tripulación del helicóptero ambulancia.

3.3.3 Segunda Opinión Médica –SOM-

Servicio que provee La Compañía a solicitud de la persona asegurada o de una tercera persona actuando en su nombre, a través de una segunda opinión médica dentro del territorio de Estados Unidos y Puerto Rico, contribuyendo al diagnóstico de enfermedades graves o intervenciones quirúrgicas complejas, con la intención de proporcionar información adicional de vital importancia. Los servicios son:

- Diagnóstico por parte de un médico de prestigio especializado en la enfermedad o condición tratada a la persona asegurada.
- Consejos en los posibles tratamientos aplicables a la patología del paciente.
- Consejos de tratamiento dentro de nuestra red de Centros de Excelencia.

Esta cobertura aplica sobre enfermedad, procedimiento o evento patológico grave de las nombradas en la cobertura de Diagnóstico bajo la presente póliza y que hayan sido elegibles bajo la misma. El procedimiento para optar por los servicios que ofrece la cobertura SOM, será el que esté vigente en La Compañía al momento de solicitar el mismo.

SECCIÓN III: CONDICIONES GENERALES

Artículo No. 4: Condiciones Generales

De conformidad con las informaciones ofrecidas por el asegurado o el contratante del seguro en la solicitud de seguro, La Compañía emite esta póliza y condiciona el cumplimiento de sus obligaciones siempre que se cumplan satisfactoriamente las siguientes **Condiciones Generales**:

- 4.1 **Declaraciones del asegurado, el tomador del seguro o contratante del seguro.** La Compañía acepta el seguro, y fija la prima basada en las declaraciones hechas por el asegurado, el tomador o el contratante del seguro en la solicitud de seguro o en cualquier otro documento, de los cuales el asegurado o el contratante del seguro resulta solo y exclusivamente responsable. En consecuencia, el asegurado, el tomador o el contratante del seguro, no deben omitir circunstancia alguna relativa a los riesgos, ni sus familiares directos o derechohabientes pueden reclamar después del siniestro contra las enunciaciones de la póliza o fuera de ellas.
- 4.2 **Contratante o dueño de la póliza.** Para los efectos de esta póliza el contratante o dueño es el propio asegurado a menos que se indique de otro modo en la solicitud del seguro o se establezca mediante endoso.
- 4.3 **Vigencia:** Salvo pacto en contrario la vigencia de este seguro será de un año, y se renovará automática y sucesivamente por períodos iguales si ninguna de las partes manifiesta a la otra su intención de no renovarlo al término de la respectiva anualidad, mediante aviso escrito dado a lo menos con treinta (30) días de anticipación.
- 4.4 **Inicio de Vigencia.** La vigencia inicial comenzará desde las cero (0) horas del día fijado como inicio de vigencia en las Condiciones Particulares y desde esa fecha se contará el plazo del período de carencia. En caso de rehabilitación, o aumento de capital asegurado, el plazo del período de carencia se contará desde la fecha del respectivo endoso.
- 4.5 **Terminación de Vigencia.** Esta póliza termina su vigencia a las cero (0) horas del día fijado como terminación de vigencia en las Condiciones Particulares.
- 4.6 **Terminación del Contrato.** Para cada asegurado este seguro terminará por:

- 4.6.1 La no renovación del seguro al término de su anualidad.
- 4.6.2 El cumplimiento de la edad límite señalada en los requisitos de asegurabilidad. En este caso el seguro terminará al finalizar la respectiva anualidad.
- 4.6.3 Las causales contempladas en la Ley.
- 4.7 **Elegibilidad.** Para que una persona sea elegible o califique para los beneficios de esta póliza, es necesario:
- (a) Edad mínima de ingreso: dieciocho (18) años.
 - (b) Edad máxima de ingreso: sesenta (60) años.
 - (c) Edad máxima de permanencia en el seguro: setenta (70) años.
 - (d) En pólizas colectivas: ser empleado de tiempo completo, de acuerdo con la definición de "Empleado activo y con derecho a seguro".
- 4.8 **Período de Carencia.** La indemnización tendrá lugar o La Compañía otorgará asistencia siempre que la enfermedad grave no haya iniciado o sido diagnosticada dentro del plazo del período de espera, que para fines de esta póliza es de seis (06) meses, contados a partir de la fecha de inclusión de cada persona asegurada, de la fecha en que el asegurado es elegible para un plan con una suma asegurada mayor, o de la fecha de su última rehabilitación. El período de carencia no aplica en caso de politraumismo o quemadura grave.
- 4.8.1 En caso de que la enfermedad grave cubierta inicie o se diagnostique dentro del plazo del período de carencia, La Compañía solo estará obligada a devolver la prima neta pagada por la persona asegurada o el contratante de la póliza afectado, quedando cancelada la cobertura o la póliza para dicha persona asegurada.
- 4.9 **Enfermedad o Condición Pre-Existente.** La comprobación por parte de La Compañía de una o varias enfermedades pre-existentes tal y como se define en esta póliza, dejará sin efecto y sin responsabilidad alguna los beneficios derivados del presente contrato de seguros en lo que respecta a la cobertura reclamada.
- 4.10 **Deducible.** Esta póliza no considera deducibles.
- 4.11 **Declaración errónea de edad.** La Compañía podrá impugnar el contrato en cualquier momento si en la fecha de inicio del seguro, el asegurado hubiere excedido la edad máxima de ingreso al seguro, conforme lo establece la Cláusula de "Elegibilidad".

Es motivo de rescisión automática de la protección de la cobertura de seguro, que la edad real del asegurado se encuentre fuera del límite de aceptación, limitándose la obligación de La Compañía a la devolución de las primas pagadas en la fecha de rescisión.

- 4.11.1 En caso de que la edad declarada quedare dentro del límite de elegibilidad, y lo que proceda sea el cobro de una prima diferente, sea mayor o menor, La Compañía procederá a realizar el ajuste en las primas cobradas conforme corresponda.
- 4.12 **Causales de Nulidad.** En cualquier momento de la duración de la póliza, esta quedará automáticamente nula y rescindida, en caso de que La Compañía obtenga pruebas de la mala fe por parte del contratante de la póliza y/o persona asegurada al tiempo de celebrarse el contrato, de su rehabilitación, la inclusión de un asegurado, inclusión de coberturas o para solicitar un cambio de plan; por la inexacta declaración del contratante y/o persona asegurada, aún hecha de buena fe, siempre que pudiera influir en la estimación del riesgo; por la omisión u ocultación por el contratante y/o persona asegurada de hechos o circunstancias que hubieran podido influir en la celebración del contrato, o por la presentación de pruebas falsas en caso de reclamación. La responsabilidad de La Compañía se limitará a devolver la prima que corresponda.
- 4.12.1 Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o inexactitud producen igual efecto si el contratante y/o persona asegurada han encubierto por culpa hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.
- 4.13 **Primas y Pago de Primas.** Esta póliza no será efectiva hasta que la misma haya sido entregada al contratante y la primera prima haya sido pagada a La Compañía durante la vida de la persona asegurada.
- 4.13.1 El pago de la prima deberá ser hecho por el contratante cien por ciento (100%) y por adelantado previo al inicio de vigencia de la póliza en el domicilio de La Compañía, o a un agente local de la misma de acuerdo a la frecuencia de facturación y pago elegida por el contratante, y conforme lo establece la Ley de Seguros y Fianzas. No será válido el pago hecho a corredores de seguros, agentes u otras personas, si no están facultados expresamente por poder escrito por La Compañía para aceptarlo.

- 4.13.2 El pago de la prima implica la aceptación expresa por parte de la persona asegurada, el tomador del seguro o el contratante del seguro, de las condiciones impresas y lo consignado en las declaraciones de la póliza, así como de todos los endosos y anexos efectuados a dicha póliza.
- 4.13.3 Mediante solicitud escrita aprobada por La Compañía las primas pueden pagarse de forma anual, semestral, trimestral o mensual, de acuerdo con las tarifas y normas de suscripción vigentes de La Compañía en la fecha de la póliza. La Compañía podrá en cualquier momento rescindir el contrato por falta de pago de prima, sin necesidad de dar aviso al contratante de la póliza.
- 4.13.4 La Compañía tendrá el derecho de cambiar la tarifa de primas o las bases sobre las cuales estas primas fueron calculadas: (a) en cualquier aniversario de la póliza; y (b) en cualquier fecha de vencimiento de la prima, siempre que la tarifa que entonces se cobre haya estado en vigor por lo menos doce (12) meses, y siempre que La Compañía notifique el cambio de tarifa al asegurado con por lo menos treinta (30) días de anticipación a la fecha de vencimiento de prima. Las primas de esta póliza se calculan de acuerdo a las tarifas de La Compañía y aplican por edad y para cada persona asegurada.
- 4.14 **Período de Gracia.** La falta de pago de la prima de renovación y a partir de la fecha de su vencimiento, constituye un incumplimiento del contrato por parte del contratante de la póliza. La Compañía, concede un plazo de gracia de treinta (30) días calendario contados a partir del último día de la vigencia anterior pagada por el contratante de la póliza, durante el cual la póliza permanecerá en vigor, para el pago de cualquier prima que no sea la inicial, sin recargo de intereses.
- 4.14.1 Para el pago de las primas siguientes a la primera prima de emisión de la póliza, el plazo de gracia correrá a partir de las cero (0) horas del día en que venza cada una, considerando siempre que la vigencia anterior ha sido pagada por el contratante de la póliza. Si ocurriera una reclamación durante ese período de gracia La Compañía reconocerá los gastos elegibles, descontando del valor a pagar al asegurado la prima pendiente de pago para el nuevo período.
- 4.14.2 Vencido el plazo de gracia y no abonada la prima por el contratante, caducarán de forma automática los derechos emergentes de esta póliza. Los derechos que esta póliza acuerda al asegurado o al contratante nacen el mismo día y hora en que comienzan las obligaciones a su cargo establecidas precedentemente.

- 4.15 **Rehabilitación.** Dentro de un plazo de dos (2) meses después de cancelada la póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a La Compañía la rehabilitación de la misma. Si posterior a completar una nueva solicitud de seguro y proceder conforme los requisitos y normas de asegurabilidad de ésta se satisface a La Compañía en que la persona asegurada constituye entonces un riesgo asegurable de acuerdo con sus normas vigentes, la rehabilitación será concedida mediante el pago de todas las primas vencidas. La Compañía se reserva el derecho de aceptar o declinar esta solicitud de rehabilitar.
- 4.16 **Privilegio de Renovación.** Esta póliza se renueva en las condiciones técnicas y económicas que La Compañía determine, por períodos adicionales y consecutivos contados a partir de la expiración del anterior, mediante el pago de la prima de renovación que corresponda a cada nuevo período siempre y cuando:
- No haya prima anterior en mora.
 - La prima de renovación se pague dentro de los primeros treinta (30) días contados a partir de la expiración del período entonces en vigor.
- 4.17 **Comunicaciones.** Las comunicaciones a La Compañía se realizarán por escrito en el domicilio social de ésta. Las comunicaciones que se realicen en las sucursales u oficinas de La Compañía, surten los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente en la oficina principal de ésta.
- 4.17.1 Las comunicaciones efectuadas a La Compañía por el intermediario de seguros que medie en el contrato en nombre del asegurado o el contratante del seguro, surten los mismos efectos que si las realizara la propia persona asegurada o el contratante del seguro, salvo indicación en contrario escrita por éstos. Las comunicaciones a la persona asegurada, tomador o al contratante del seguro, y al (los) beneficiario (s), se realizarán en el último domicilio del contratante que conste en los registros de la póliza.
- 4.17.2 El contrato de seguro redactado en la póliza, y todas sus modificaciones o adiciones deben ser formalizadas y comunicadas por escrito por La Compañía a la persona asegurada, tomador o al contratante. La persona asegurada, tomador o el contratante del seguro, su intermediario y La Compañía, reconocen la validez de las comunicaciones realizadas mediante correos electrónicos, siempre que sea posible su impresión y las respectivas direcciones se hagan constar en un endoso.

- 4.18 Modificaciones del Seguro.** Durante la vigencia de la presente póliza, La persona asegurada, tomador o el contratante del seguro podrán solicitar a La Compañía su modificación, quedando como facultad de esta última su aceptación.
- 4.18.1 Las estipulaciones de esta póliza sólo pueden modificarse mediante endoso y previo acuerdo de La Compañía y del contratante o tomador. En consecuencia, ni los intermediarios, ni cualquier otra persona o entidad tiene facultad alguna para hacer concesiones o modificaciones. Ninguna modificación realizada en esta póliza será válida a menos que dicho endoso esté firmado por el Presidente, Vicepresidente o persona designada por La Compañía para tales fines.
- 4.18.2 A partir del primer año de cobertura, durante la vigencia de la póliza el contratante o tomador podrá solicitar un cambio de plan y/o de la frecuencia del pago de las primas, sujeto a La aprobación de La Compañía. La aceptación por parte de La Compañía de una nueva forma de pago de prima constituirá un cambio en la forma de pago de las primas subsiguientes.
- 4.18.3 La inclusión de coberturas y el cambio de plan no previstos en forma automática, estarán sujetos a que la persona asegurada presente pruebas de asegurabilidad satisfactorias para La Compañía.
- 4.18.4 Siempre que en esta póliza se utilice o aparezca un pronombre en género masculino, se considerará que incluye también el género femenino, a menos que el contexto indique claramente lo contrario.
- 4.18.5 Cuando se trate de una póliza de grupo o colectiva, es responsabilidad exclusiva del contratante de la póliza notificar por escrito a La Compañía su solicitud de incluir o excluir empleados o personas a asegurar, al igual que incluir o excluir coberturas, solicitar cambio de plan o frecuencia de facturación y pago de las primas, o cualquier otro tipo de modificación.
- 4.18.5.1 La Compañía se reserva el derecho de aceptar o declinar cualquier solicitud. La aceptación tendrá su efecto cuando La Compañía apruebe por escrito el cambio solicitado por el contratante. En caso de que el contratante de la póliza no cumpla con lo indicado anteriormente y con las normas de modificación de La Compañía, La Compañía queda liberada de toda responsabilidad sobre el riesgo en cuestión.

- 4.18.5.2 Las modificaciones deben ser remitidas por el contratante a La Compañía al domicilio de esta. Cuando se trata de pólizas colectivas o de grupo, en caso de ser aprobada la solicitud del contratante por La Compañía, esta tendrá efectividad en la fecha que indique La Compañía.
- 4.18.5.3 El contratante de la póliza se acogerá a la fecha de efectividad estipulada por La Compañía en cada solicitud de modificación, como una norma general y acostumbrada, conocida y aceptada por el contratante de la póliza.
- 4.19 **Designación de Beneficiario(s).** Para que esta cláusula sea válida la persona asegurada debe haber fallecido dentro de un plazo no mayor de sesenta (60) días calendario contados a partir de la fecha del evento que originó una reclamación elegible bajo la presente póliza.
- 4.19.1 La persona asegurada tendrá libertad para designar por escrito al (a los) beneficiario (s) de esta póliza, así como el (los) porcentaje (s) que le (s) corresponda(n), salvo que sus beneficios hayan sido formalmente cedidos por él con anterioridad.
- 4.19.2 Las clasificaciones permitidas por La Compañía serán: primer beneficiario, segundo beneficiario y tercer beneficiario, y podrá haber uno o más beneficiarios en cada una de estas clasificaciones. El nombre del (de los) beneficiario (s) se indica (n) en la solicitud o en cualquier notificación fehaciente hecha por escrito por la persona asegurada.
- 4.19.3 Cuando se tengan que efectuar pagos al beneficiario según esta póliza, se efectuarán sólo al primer beneficiario, si vivieren una o más personas incluidas en tal clasificación. Si no, únicamente al segundo beneficiario, si vivieren una o más personas comprendidas en tal clasificación. Si no, solamente al tercer beneficiario, si vivieren una más de las personas en tal clasificación; si no, a los albaceas, administradores legales o cesionarios de la persona asegurada.
- 4.19.4 Los derechos de cualquier beneficiario que fallezca antes que la persona asegurada, podrán ser sustituidos por la persona asegurada por cualquier otro nuevo beneficiario, o ser re distribuidos entre los beneficiarios existentes. Designadas varias personas sin indicación de proporciones, se entiende que el beneficio es por partes iguales.

- 4.19.5 Cuando se designe a los hijos se entiende los concebidos y los sobrevivientes al tiempo de ocurrido el siniestro. Cuando se designe a los herederos, se entiende a los que por ley suceden a la persona asegurada.
- 4.19.6 Mientras viva, la persona asegurada podrá cambiar el beneficiario, a menos que la designación sea a título irrevocable. En dicho caso y siempre que tal designación conste en la póliza, se requerirá la expresa conformidad del beneficiario designado en la misma. Las cesiones a título oneroso quedan excluidas de la presente póliza.
- 4.19.7 Los cambios de beneficiarios se hacen mediante notificación escrita sin formalidad determinada, y entran en vigencia desde el día en que La Compañía emite el endoso correspondiente. La Compañía quedará liberada de su responsabilidad en caso de pagar el valor correspondiente al (a los) beneficiario (s) designado (s) en la póliza con anterioridad a la recepción de cualquier comunicación escrita modificatoria de esa designación.
- 4.19.8 Todo beneficiario que reclame un interés bajo esta póliza entregará a La Compañía, pruebas fehacientes del fallecimiento de cualquier beneficiario cuyo derecho a los beneficiarios de esta póliza hubiere tenido prioridad sobre el suyo, y también pruebas de su propio derecho al interés que reclama. La Compañía quedará autorizada para pagarle al beneficiario que entregue dichas pruebas. cualquier acción de parte de otros que reclamen dicho interés, será únicamente contra la persona a quien La Compañía hubiere efectuado el pago.
- 4.20 **Exámenes.** Durante el proceso de una reclamación, La Compañía se reserva el derecho de solicitar y realizar exámenes médicos a la persona asegurada relacionados estos con la lesión, enfermedad o condición patológica grave de la cual proviene el reclamo, en el momento y con la frecuencia que ésta lo considere necesario. Los gastos de estos exámenes quedan a cargo de La Compañía.
- 4.20.1 Durante el período de evaluación, y hasta que proceda el pago definitivo de los beneficios correspondientes por parte de la La Compañía, la persona asegurada deberá continuar con el pago regular de la prima para mantener vigente su póliza.
- 4.20.2 **Aviso y Pruebas de Siniestro.** Aviso por escrito de la enfermedad grave 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 de la enfermedad grave o de la ocurrencia del politraumatismo o quemadura grave. La Compañía suministrará los correspondientes formularios e informará sobre los requisitos para presentar la reclamación.

- 4.20.3 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, acta policial en caso de quemadura grave o politraumatismo por accidente en las vías públicas, 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.
- 4.20.4 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.
- 4.20.5 **Plazo de Prescripción:** cumplido el plazo de dos (2) años después de la fecha del siniestro, La Compañía quedará libre de la obligación de pagar los beneficios correspondientes al mismo, a menos que se hubiese tramitado una acción judicial relacionada con la reclamación.
- 4.20.6 **Terminación de la cobertura después del vencimiento de la póliza.** Si esta póliza fuere terminada por no renovación o cancelación por cualquier motivo, la cobertura para la persona asegurada terminará en la misma fecha de efectividad de la terminación de la póliza.
- 4.20.7 **Límite de Responsabilidad.** Los límites de responsabilidades indicados en las Condiciones Particulares, expresan con respecto a la persona asegurada la cantidad máxima por la que responde La Compañía en cada cobertura contratada.
- 4.20.8 **Arbitraje.** Si surgiere algún desacuerdo entre la persona asegurada, el contratante, los beneficiarios o los herederos legales designados y La Compañía, este quedará sometido independientemente de cualquier otra cuestión, al procedimiento de arbitraje descrito en la Ley 146-02 sobre Seguros y Fianzas de la República Dominicana.
- 4.20.9 **Disputabilidad.** Durante toda la vigencia del contrato póliza, la misma podrá ser disputable por omisión o inexacta declaración de los hechos que sirvieron de base para la expedición del

mismo, para su rehabilitación, o para otorgar un incremento en la suma asegurada o cambio de plan. En caso de que La Compañía obtenga pruebas de dicha omisión o inexacta declaración, la póliza quedará automáticamente rescindida, limitándose la responsabilidad de La Compañía a devolver la prima que corresponda.

- 4.21 **Normas Supletorias.** Para todo lo que no esté previsto en este contrato se aplicarán las leyes vigentes.
- 4.22 **Acciones contra La Compañía.** La persona asegurada, o el tomador de seguro o contratante, los beneficiarios designados o los herederos legales, no podrá (n) ejercer ninguna acción contra La Compañía ante los tribunales correspondientes, si antes no cumple (n) con las disposiciones de las Condiciones Generales de la póliza.
- 4.23 **Sumisión.** En caso de acción judicial iniciada como consecuencia de la ejecución de la presente póliza, las partes reconocen y aceptan la competencia de los tribunales de sus respectivos domicilios dentro del territorio de la República Dominicana.
- 4.24 **Impuestos o Gravámenes.** Todos los impuestos y/o gravámenes a que esté sujeta la emisión de la póliza formarán parte de la prima, aun cuando se indiquen separadamente. En consecuencia cuando en esta póliza se usa el término prima, se entiende que incluye los impuestos y/o gravámenes. El pago del total de ambos (prima e impuesto o gravamen) es condición para la vigencia del presente contrato de seguro.
- 4.25 **Liberalización.** Si durante el período en que la póliza esté vigente, son revisados mediante Ley o de otra manera, cualquiera de los endosos, reglamentos y regulaciones que afecten la misma a fin de extenderlos o ampliarlos sin recargo adicional de prima, tal extensión pasará al beneficio del asegurado o contratante del seguro.
- 4.26 **Adhesión.** Si durante el período que la póliza esté vigente, son revisados mediante Ley, o de otra manera, las Condiciones Generales que afecten la misma, a fin de extenderlos o ampliarlos, sin recargo adicional de prima, tal extensión pasará al beneficio del asegurado o contratante del seguro.
- 4.27 **Primacía.** Las condiciones de los endosos priman sobre el cuadro de las Declaraciones y Condiciones Particulares, las cuales, a su vez, priman sobre las Condiciones Generales.

- 4.28 **Moneda.** Se conviene que todos los pagos que el contratante deba hacer a La Compañía o los que ésta tenga que hacer por reclamaciones o cualquier concepto sobre este contrato, deberán efectuarse en la moneda indicada en las Condiciones Particulares de la póliza, conforme a la Ley monetaria vigente.
- 4.29 **Participación en Utilidades.** La presente póliza no participa en las ganancias de La Compañía.
- 4.30 **Convenios no contemplados en la póliza.** No será válida ninguna convención especial estipulada verbalmente o por escrito entre la persona asegurada o el contratante del seguro y una persona diferente a La Compañía, a menos que dicha convención especial sea expresamente aceptada por escrito por La Compañía.
- 4.31 **Información Crediticia.** El asegurado o el contratante del seguro consiente 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.
- 4.32 **Información Médica.** La persona asegurada o el contratante del seguro autoriza expresamente a cualquier médico, empleado de hospital o cualquier otra persona que le haya atendido o haya sido consultada por el asegurado, para que suministre a La Compañía toda la información que ésta considere necesaria y solicite en cualquier tiempo.
- 4.33 **Protección de Datos.** La persona asegurada o el contratante del seguro consiente 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.
- 4.33.1 El asegurado o el contratante del seguro queda informado y consiente 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, teléfono, fax, correo electrónico, o cualquier otro medio telemático).

- 4.34 **Domiciliación Bancaria.** En el caso de domiciliación bancaria de las facturas generadas con motivo de la presente póliza, la prima se entiende pagada, salvo que intentado su cobro en la (s) fecha (s) acordada (s) no existan fondos suficientes en la cuenta designada. En el caso de que La Compañía presente nuevamente el cobro y no existan fondos o no existan fondos suficientes en la cuenta designada, ésta tendrá la opción, no la obligación, de notificárselo al asegurado o al Contratante del Seguro para que pueda satisfacer su importe en el domicilio de La Compañía o en cualquiera de sus oficinas o sucursales.
- 4.35 **Terminación automática de la Cobertura.** La cobertura bajo esta póliza para cada persona asegurada terminará de forma automática:
- 4.35.1 Por el no pago de la prima por parte de la persona asegurada o tomador de seguro o contratante, una vez vencido el plazo de gracia.
- 4.35.2 Por revocación unilateral de la persona asegurada o tomador de seguro o contratante, o por revocación de La Compañía.
- 4.35.3 Cuando la persona asegurada presente una reclamación elegible sobre la presente póliza, fecha en la que La Compañía procederá con el pago de la indemnización y rentas mensuales correspondientes, bajo los términos estipulados en la misma.
- 4.35.4 Por falsa o inexacta declaración, o al presentar la persona asegurada pruebas falsas en una reclamación.
- 4.35.5 Al ocurrir el fallecimiento de la persona asegurada.
- 4.35.6 Por terminación de la vigencia de la póliza.
- 4.35.7 Cuando la persona asegurada alcance la edad de término indicada en la Cláusula de “Elegibilidad”.
- 4.36 **Cancelación del Seguro.** Esta póliza podrá ser cancelada en cualquier momento por La Compañía en caso de falsa declaración o reticencia por parte del asegurado o el contratante de la póliza. De igual forma podrá ser cancelada por La Compañía por falta de pago de primas cumplido el plazo de gracia. En ambos casos la cancelación tiene efecto inmediato.

- 4.36.1 Esta póliza puede ser cancelada en cualquier momento por el asegurado o el contratante de la póliza, mediante aviso por escrito a La Compañía con por lo menos treinta (30) días calendario de anticipación. También podrá ser cancelada en cualquier momento por La Compañía mediante aviso por escrito al contratante de la póliza, con por lo menos treinta (30) días calendario de anticipación.
- 4.36.2 Si la cancelación de esta póliza fuere solicitada por el asegurado o el contratante del seguro, La Compañía devolverá la prima no devengada en base a la tarifa a corto plazo; y si fuere hecha a instancia de La Compañía, el reembolso de la prima se hará a prorrata.

SECCIÓN IV: EXCLUSIONES GENERALES

Artículo No.5: Exclusiones Generales

Esta póliza no cubre beneficios o servicios relacionados con:

- a) Enfermedad o secuela de una condición o lesión pre-existente, como se define en esta póliza.
- b) Cualquier enfermedad grave que no haya sido causada por politraumatismo o quemadura grave ocurrida después del inicio de vigencia de la póliza, y que se haya diagnosticado o manifestado por primera vez dentro del periodo de carencia estipulado en la presente póliza.
- c) Trasplante de órgano no especificados en la descripción de la cobertura de 'Trasplante de Órganos'.
- d) Diagnóstico que haya sido realizado a la persona asegurada por un pariente cercano, tal como se define en esta póliza.
- e) Diagnósticos médicos prestados por profesionales de la salud que no sean doctores en medicina. Diagnósticos 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.
- f) Enfermedad grave, politraumatismo o quemadura grave, debido a enfermedades o lesiones auto infligidas, suicidio, intento de suicidio, daños intencionales, daños auto infligidos, estando la persona asegurada en su sano juicio o no, incluyendo cualquier accidente resultante de los criterios anteriores. Participación activa de la persona asegurada en riñas, duelos, pleitos, desafíos.
- g) Intento de homicidio voluntario.
- h) Enfermedad grave, politraumatismo o quemadura grave que ocurra cuando la persona asegurada se encuentre en estado de embriaguez, consumo de drogas o bajo los efectos de estupefacientes no prescritos médicamente, sustancias ilegales o el uso ilegal de sustancias controladas. A estos efectos se considerará que hay embriaguez cuando el grado de alcohol en la sangre sea superior a cero punto ocho gramos (0.8)gr. por mil (1,000) centímetros cúbicos.
- i) Enfermedad grave, politraumatismo o quemadura grave resultante al cometer la persona asegurada un delito o intento

de perpetrar, asalto o cualquier ofensa criminal o acto ilegal, incumplimiento de las leyes de República Dominicana o de cualquier otro país; que surjan debido a guerra, declarada o no, actos de terrorismo o cualquier acto incidental a la guerra, o participación del asegurado en una revuelta o desorden civil, motín, huelga, reyerta.

- j) Lesiones o enfermedad grave causadas por, o relacionadas con, radiación ionizada, contaminación, radioactividad proveniente de cualquier material nuclear, desecho nuclear, quema de combustible nuclear, energía nuclear o artefactos nucleares.
- k) Lesiones o enfermedad grave que resulte de la persona asegurada participar en cualquier deporte o actividad peligrosa, ya sea por compensación o como profesional. Enfermedad o lesión sufrida por la persona asegurada como consecuencia de la práctica de actividades y deportes que de forma irresponsable, por desconocimiento o circunstancias agravantes exponen la vida de la persona asegurada.
- l) Certámenes o carreras de velocidad sobre ruedas, prácticas y competencias deportivas de alto riesgo, cualquier tipo de deporte que se practique en forma profesional. Actos de imprudencia, temeridad o negligencia grave.
- m) Paracaidismo, alpinismo (cuando se necesite el uso de guías o cuerdas, o deportes invernales), navegación submarina, buceo, fútbol, polo, caza, boxeo o cualquier clase de lucha personal, acoso derribo, y encierro de reses bravas. Todo acto notoriamente peligroso o delictivo.
- n) Lesiones a consecuencia de transporte en avión, cuando las naves no están autorizadas para transportar pasajeros.
- o) Las insolaciones, congelaciones y otros efectos de la temperatura o presión atmosférica, salvo que el asegurado esté expuesto a ellas por consecuencias de un accidente cubierto en la póliza.
- p) Enfermedad grave, politraumatismo o quemadura grave que sean a consecuencia de un accidente, enfermedad o condición excluida de la presente póliza.
- q) Servicios incurridos por ambulancia marítima.
- r) Diagnósticos médicos a partir de la fecha en que este seguro ya no esté vigente.