

RESUMEN DE CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES PÓLIZA VIDA ACTIVA

POLIZAS: 1-1-723
CONTRATANTE: Asociación Popular de Ahorros y Préstamos
DOMICILIO: Av. Máximo Gómez Esq. Av. 27 de febrero, Santo Domingo, R. D.
RNC: 40100013-1

Entre **Seguros CRECER, S.A.** (En lo sucesivo denominada La Compañía), Asociación Popular de Ahorros y Préstamos (En lo sucesivo denominado El Contratante), y el cliente de **Asociación Popular de Ahorros y Préstamos** (En lo sucesivo denominado El Asegurado) se conviene realizar el presente Contrato de Seguro.

Queda expresamente entendido que **SEGUROS CRECER, S.A.**, ha sido la compañía con la cual El Asegurado ha adquirido la póliza de seguros, y será esta quien asuma, sin limitación alguna, toda responsabilidad en todo lo relacionado con el riesgo cubierto por esta póliza, por lo que El Asegurado libera a Asociación Popular de Ahorros y Préstamos de cualquier responsabilidad en este sentido, y tanto La Compañía como El Asegurado, al aceptar la póliza, asume la obligación de mantener a El Contratante libre e indemne de cualquier reclamación y responsabilidad, renunciando a cualquier acción en contra de El Contratante por la ejecución de la póliza contratada, al reconocer que esta entidad solo sirve como enlace entre El Asegurado y La Compañía para la realización del pago de la prima correspondiente a este producto y para la recepción y tramitación de cualquier reclamación que le sea entregada por El Asegurado, relacionada a la referida póliza.

- 1. Objeto del Seguro:** La compañía se compromete a pagar el monto total de la suma asegurada a los herederos legales del asegurado, en caso de fallecimiento.
- 2. Condición Médica Preexistente:** Enfermedad, condición, dolencia o padecimiento originada antes del inicio de vigencia de la cobertura para cada asegurado, aumento de suma asegurada, inclusión de coberturas o rehabilitación de la póliza, estando éste en conocimiento o no de la misma.
- 3. Elegibilidad:** la condición atribuida al solicitante del seguro mientras su edad sea igual o superior a dieciocho (18) años hasta un límite de setenta (70) años. Permanencia, hasta cumplir los 80 años.
- 4. Primas:** son calculadas de acuerdo con el monto asegurado en base a la tasa establecida.
- 5. Pago de la prima:** El pago de la prima será debitada de la **Tarjeta de Crédito** vinculada al Crédito Revolviente según la opción seleccionada por el cliente al momento de la contratación del seguro. En caso de que el cobro haya sido en su totalidad y el cliente cancele la tarjeta de crédito o el seguro antes de

finalizar el período contratado, será necesario agotar el proceso correspondiente para gestionar la devolución de la prima no consumida. Se concede un **plazo de gracia de treinta (30) días calendario** para el pago de todas las primas vencidas en la última facturación. La garantía de cobertura estará sujeta a que el asegurado se mantenga al día con el pago de la prima correspondiente.

6. Opciones de Coberturas y primas:

Suma asegurada: Hasta RD\$ 7,000,000.00

Tasa Bruta Por Millar: 6.12 por Millar (tasa bruta sobre el límite de la Tarjeta)

Frecuencia de pago: Pago único anual

Periodo de carencia: 180 días.

Periodo de Indisputabilidad: 1 año en caso de preexistencias.

7. Principales Exclusiones cobertura de Vida: La Aseguradora no está obligada a pagar la indemnización en los siguientes casos:

1. **Fallecimiento por Condiciones Médicas Preexistentes:** Fallecimiento causado por enfermedad, lesión o condición preexistente, originada antes del inicio de vigencia de la cobertura esté en conocimiento o no del asegurado, declaradas o no en la solicitud, siempre que el fallecimiento ocurra dentro de los dos (2) primeros años de cobertura.
2. **Falsas declaraciones,** omisiones o reticencia del Asegurado que puedan influir en la veracidad de la información proporcionada.
3. **Fallecimiento causado intencionalmente** por el Asegurado o por algún beneficiario de la póliza.
4. **Fallecimiento causado por Catástrofes o Calamidades Nacionales,** epidemias, o en situaciones de guerra, ya sea que haya mediado o no una declaración oficial. Esto también aplica mientras el Asegurado esté sirviendo activamente en los cuerpos castrenses del país o en instituciones estatales de orden público.
5. Fallecimiento que tuviese su origen o fuera una consecuencia directa o indirecta de actos de terrorismo, guerra, guerra civil, conflictos armados, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, huelgas, desorden popular y otros hechos que alteren la seguridad interior del Estado.
6. **Fallecimiento como resultado de la práctica de deportes peligrosos,** tales como espeleología, submarinismo a más de 20 (veinte) metros, equitación con salto, boxeo, lucha, karate, judo, deportes aéreos, escalada, parapente, alpinismo o deportes invernales.
7. **Fallecimiento por participación activa en desafíos,** riñas o apuestas, o aquellos acaecidos bajo el estado de embriaguez, consumo de drogas o efectos de estupefacientes no prescritos médicamente.

8. **Fallecimiento derivado de una actuación delictiva** o de imprudencia temeraria o negligencia grave, tal como se declare judicialmente, o en actividades de carreras de velocidad o resistencia, apuestas y concursos de cualquier tipo.
9. **Fallecimiento debido a una condición preexistente**, suicidio o tentativa de suicidio (ya sea intencional o por enajenación mental, y que ocurran dentro de los veinticuatro (24) primeros meses de cobertura.
10. **Fallecimiento por VIH/SIDA** y los padecimientos o enfermedades relativas y/o derivadas de dicho padecimiento o enfermedad.

8. Requisitos básicos de Reclamación

Requisitos para reclamo por fallecimiento:

1. Original de Acta de Defunción legalizada.
2. Original Acta de Nacimiento del Asegurado fallecido legalizada.
3. Copia del Estado de Cuenta del Préstamo a la fecha del fallecimiento del Asegurado. (Suministrado por el Banco)
4. Copia Cédula de Identidad del Asegurado fallecido.
5. Formulario “Comprobante de Defunción e Identificación para Deudores (FGT-008)”, debidamente completado por los Reclamantes. (Suministrado por el Banco)
6. Formulario “Declaración Médica (FGT003)”, debidamente completado por el Médico de Cabecera y/o Médico tratante al momento del siniestro en caso de que la Aseguradora lo requiera.
7. Historia clínica y/o Informe del Médico de Cabecera (Médico que el asegurado consulta de forma regular) que indique los padecimientos diagnosticados, fecha de diagnóstico y tratamientos realizados a la fecha del siniestro (A requerimiento de la Aseguradora).
8. Copia Certificada de Acta Policial en caso de muerte violenta. (Accidente, suicidio, homicidio, riña o reyerta, etc.)

Si no existen beneficiarios designados:

1. Acto de Notoriedad legalizado por la Procuraduría Gral. de la R.D. para validar todos los hijos del Afiliado fallecido y la Unión de Hecho (Concubinato o Matrimonio Civil y/o Canónico), atestiguado por siete (7) personas con sus respectivas copias de Cédulas de Identidad.
2. Consejo de Familia Homologado por el Tribunal de Menores en caso de beneficiarios menores de edad, sin Padre o Tutor. (Designación del Tutor Legal responsable del menor beneficiario).
3. Original Acta de Matrimonio Legalizada.
4. Acta de Nacimiento legalizada de los beneficiarios designados, exceptuando a los beneficiarios cuyo parentesco sea esposo (a), Padre y/o Madre del asegurado, determinados mediante Acto de Notoriedad.
5. Determinación de Herederos Legales, emitido por la Dirección General de Impuestos Internos.

*La compañía aseguradora se reserva el derecho de solicitar cualquier otro documento que considere necesario

¿Cómo Contactarnos?

En caso de reclamo de la cobertura contratada, puede dirigirse a la Sucursal de la **Asociación Popular de Ahorros y Prestamos S.A.** de su elección, donde le entregaran los requisitos y formularios que deberá completar para este proceso. Luego de completada toda la documentación requerida, pueden depositarla en la misma sucursal, donde la recibirán y canalizarán con la Aseguradora a los fines de apertura y seguimiento del siniestro; de igual forma puede dirigirse a las sucursales de **Seguros Crece S.A.**, adicionalmente puede utilizar los canales de nuestro de Agente General de Seguros **Affinity International S.A.S.**, comunicándose a través del número telefónico 809-274-0000, o comunicándose a través de su correo electrónico bancaseguros@affinity.do

Este documento es solo un resumen de las **Condiciones Generales y Particulares**. Para más información sobre su póliza favor llamar a **Servicio al Cliente** al teléfono 809 331 2727 opción 2, o ingresar la página de Internet www.apap.com.do.