

PÓLIZA Nº 123/COL/0825 DE SEGURO ONCOLÓGICO
POLIZA DE SEGUROS COLECTIVA

Con fecha 29 de agosto de 2025, Zurich Santander Seguros Uruguay S.A., representado por las Sras. Silvana Collazo y Leticia Suarez, en su carácter de apoderadas, extiende a Banco Santander S.A., representado por los Sres. Gonzalo Bava y Andreina Roux, en su carácter de apoderado, la presente Póliza de Seguro Colectivo Oncológico, cuyas Condiciones Generales y Particulares se detallan a continuación:

CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES

CONDICIONES GENERALES COMUNES

1. LEY DE LAS PARTES CONTRATANTES

Artículo 1: Las partes contratantes se someten a las disposiciones de la Ley 19.678 como a las del presente contrato de seguros.

Esta póliza de Seguro Colectivo consta de Condiciones Generales, Condiciones Especiales y Condiciones Particulares. En caso de discordancia entre las mismas, prevalecen las Condiciones Particulares.

Esta Póliza ha sido extendida por la Compañía sobre la base de las declaraciones suscriptas por el Contratante o los Asegurados Principales en sus respectivas solicitudes. Toda falsa declaración o reticencia de circunstancias conocidas por el Contratante o por el Asegurado Principal, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubieran impedido el contrato o la aceptación de los seguros individuales, o habría modificado las condiciones de los mismos, si la Compañía hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato o los certificados individuales de los asegurados, según el caso.

Garantía de Satisfacción: Zurich Santander ofrece al asegurado la devolución de los premios ingresados, si dentro de los treinta días corridos de recibido el certificado de incorporación, solicita su rescisión. Transcurrido dicho plazo, se entiende que el Asegurado acuerda con el texto de la presente póliza, y el certificado de incorporación y se sujeta a sus términos.

2. DEFINICIONES

Artículo 2: A los efectos de la póliza, se entenderá, con carácter general, por:

ASEGURADO: Persona Física que haya aprobado los requisitos de selección determinados por el Asegurador y que a la fecha de vigencia no hubiera superado la Edad Máxima establecida como requisito de asegurabilidad.

ASEGURADOR: **ZURICH SANTANDER SEGUROS URUGUAY S.A.**, entidad autorizada por el Banco Central del Uruguay, y que asume los riesgos que el Asegurado en esta póliza transfiere a éste, conforme al presente contrato. En adelante "la Compañía".

CÁNCER: La enfermedad que se manifiesta por la presencia de tumor maligno caracterizado por el crecimiento y dispersión incontrolable de células malignas, la invasión del tejido incluyendo leucemia (excepto leucemia linfática crónica).

El tumor debe cumplir con ambos requisitos:

i) Confirmado por examen histológico, o pruebas patológicas apropiadas en el caso de tumores no sólidos, y

ii) Caracterizado por el crecimiento descontrolado de células malignas e invasión y destrucción de tejido normal.

CERTIFICADO DE INCORPORACIÓN: Es el documento que emite el Asegurador a favor de cada uno de los Asegurados que conforman este seguro colectivo y que exterioriza y prueba la incorporación de este último a la póliza contratada por el Tomador. En este documento constan las fechas de inicio y fin de vigencia, así como las sumas aseguradas contratadas en las distintas prestaciones que la póliza otorga.

CONDICIÓN PREEXISTENTE: Cualquier condición conocida y/o diagnosticada con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia del presente contrato, en relación con el cáncer diagnosticado, síntomas, tratamiento o consejo médico

MÉDICO: Profesional debidamente matriculado y habilitado para la práctica de la medicina con ejercicio dentro del alcance de su incumbencia profesional. No se aceptará la intervención ni el diagnóstico de ningún médico que, aún matriculado y habilitado para la práctica de medicina:

- i. sea el Asegurado mismo,
- ii. sea el o la cónyuge del Asegurado o sea familiar del Asegurado o de su cónyuge con parentesco de hasta cuarto grado de consanguinidad,
- iii. resida en la casa del Asegurado.

SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA: Tiene el significado que la Organización Mundial de la Salud le atribuye. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida incluirá el H.I.V. (Virus de Inmunodeficiencia Humana) detectado (o sea positividad en las reacciones de laboratorio habituales), encefalopatía (demencia), Síndrome de Debilitamiento del H.I.V. y "ARC" (asociación de síntomas relacionados con el SIDA) y enfermedades asociadas (infecciones oportunistas, sarcoma de Karposi, etc.).

3. COBERTURA

Artículo 3: Este seguro indemniza al asegurado la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares, tras el primer diagnóstico confirmado de cáncer, según la definición incluida en el artículo precedente, durante la vigencia de la póliza, una vez transcurrido el período de carencia y que ninguna de las exclusiones estipuladas en la presente sea de aplicación.

Adicionalmente, se deja expresamente estipulado que:

1. Es condición necesaria para el derecho a la indemnización que el cáncer sea confirmado mediante el diagnóstico positivo de un Médico patólogo legalmente habilitado y matriculado, inscripto en el Ministerio de Salud Pública, quien deberá fundamentar su opinión exclusivamente en la definición de la enfermedad en particular contemplada en las presentes condiciones, luego de considerar el examen histológico y los diagnósticos clínicos basados en la historia clínica del paciente, exámenes físicos, radiografías y/o cualquier otro análisis de laboratorio.

2. No se pagará indemnización alguna en caso de que se diagnostique al Asegurado un cáncer antes o dentro del período de carencia estipulado en el Artículo 8 de la presente póliza.

4. PERSONAS ASEGURABLES

Artículo 4: Se entiende por personas asegurables cualquier persona que presente la solicitud de adhesión a esta póliza, siempre y cuando su edad resulte menor a la Edad Máxima de Ingreso estipulada en las Condiciones Particulares y cumpla con las características que esta póliza expresa.

5. RIESGOS NO CUBIERTOS

Artículo 5: Ningún pago se hará efectivo si la enfermedad grave en cuestión ha sido causada directa o indirectamente por:

- a) **Adicción alcohol / drogas (consumo problemático)**
- b) **Cualquier enfermedad grave no oncológica**
- c) **Enfermedades secundarias al virus VIH/ sida**
- d) **Todos los cánceres descritos como in situ (°), con la excepción de cáncer in situ de mama / cuello uterino (cervicouterino)**
- e) **Cáncer de piel, excluyendo el melanoma maligno.**

(°) todos los tumores clasificados histológicamente como in situ, premalignos, no invasivos, displasias de alto grado, borderline o con bajo grado de potencial maligno

6. VIGENCIA

Artículo 6: La responsabilidad que el Asegurador asume por el presente contrato sólo comienza en la fecha de vigencia señalada en las condiciones particulares de la presente póliza, o en el certificado de incorporación, la que sea posterior, y previo pago del primer premio.

La presente póliza, y los certificados de incorporación, permanecerán vigentes mientras sea pagado el premio estipulado.

Artículo 7: El certificado de incorporación y los distintos riesgos cubiertos se rescindirán en los siguientes casos:

- a) Si la póliza dejase de hallarse en pleno vigor por falta de pago de cualquier premio, una vez vencido el plazo de gracia.
- b) A Partir del diagnóstico de cáncer, desde que cumpla con las definiciones de cobertura estipulada en las Condiciones Particulares.
- c) A partir del fallecimiento del Asegurado.
- d) Al cumplirse un año de la fecha en que el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Cobertura estipulada en las Condiciones Particulares.
- e) Por renuncia a continuar con el seguro por parte del asegurado.

7. PERÍODO DE CARENCIA DE COBERTURA

Artículo 8: El Asegurado carecerá de cobertura durante los primeros 90 (noventa) días a partir de la vigencia inicial de su cobertura. A partir del primer aniversario y en caso de renovación, dicho período de carencia se dará por satisfecho.

8. PAGO DE LOS PREMIOS

Artículo 9: El premio mensual y la fecha de vencimiento del mismo figura en el Certificado de Incorporación y estará sujeto a la edad del asegurado al inicio de vigencia y subsiguientes renovaciones según lo establecido en condiciones Particulares de esta póliza.

Artículo 10: El pago del premio mensual se efectivizará por los medios de pago admitidos por la Aseguradora y previamente convenidos entre las partes. En caso de que el Asegurado cuente con medios de pago del Tomador, la Aseguradora podrá actualizar el medio de pago siempre que el seleccionado previamente no se encuentre disponible o no cuente con los fondos suficientes.

Artículo 11: Vencido cualesquiera de los plazos de pago sin que éste se haya producido, la cobertura quedará automáticamente suspendida desde la hora veinticuatro (24) del día de vencimiento impago, y el Asegurado caerá en mora de pleno derecho sin necesidad de interpelación extrajudicial o judicial alguna. El Asegurador otorgará un plazo de gracia de 30 días, sin embargo, el premio correspondiente al período de cobertura suspendida quedará a favor del Asegurador como penalidad. Toda rehabilitación surtirá efecto a partir del día siguiente a aquel en que el Asegurador reciba el pago del importe vencido. Sin perjuicio de ello, el Asegurador podrá rescindir el contrato por falta de pago.

Artículo 12: Durante el plazo de gracia, la cobertura individual permanecerá vigente y si dentro de él se produjera uno o más siniestros cubiertos por las presentes condiciones y/o por las Cláusulas Generales, Especiales o Particulares correspondientes, el premio adeudado será deducido de la indemnización a cargo de la Compañía.

Si por un certificado de incorporación, el premio no fuere pagado dentro del plazo de gracia, el mismo caducará automáticamente, sin necesidad de aviso ni interpelación previa.

La Compañía podrá rehabilitar el certificado de incorporación, si se abonan los premios impagos y se presentan ante éste las pruebas satisfactorias que ésta considere necesarias para comprobar que el Asegurado reúne las condiciones de salud y otras necesarias para ser readmitido como tal.

9. COMPROBACIÓN DEL EVENTO CUBIERTO

Artículo 13: Aviso de Siniestro. El Asegurado comunicará al Asegurador y/o Tomador el acaecimiento del Siniestro dentro de los 30 (treinta) días de conocerlo, **bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado**, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

A efectos de la presente póliza, se entenderá que el siniestro ha sido configurado en el momento en que el Asegurado obtenga el diagnóstico definitivo de parte de un profesional de la medicina legalmente habilitado.

Artículo 14: El Asegurador podrá efectuar todas las verificaciones que sean necesarias y razonables para acreditar la ocurrencia del siniestro y la extensión de la prestación a su cargo. A tal fin, corresponde al Asegurado:

- a) Colaboración con la Aseguradora: El Asegurado debe colaborar con la Aseguradora, permitiendo cualquier verificación necesaria, incluyendo hasta dos exámenes médicos realizados por médicos designados por la Aseguradora. Los costos de estos exámenes y los honorarios de los médicos serán cubiertos por la Aseguradora.
- b) Autorización de información médica: El Asegurado debe autorizar a su médico y al centro asistencial a proporcionar toda la información que el médico de la Aseguradora solicite. La Aseguradora se compromete a mantener la confidencialidad de esta información y a respetar el principio de finalidad en la utilización de la misma.

El Asegurado deberá cumplir con el deber de información, con la entrega de la información y/o documentación que le sea solicitada dentro de los quince días corridos siguientes a su solicitud. En caso de que no cumpla con la presente carga, se verá automáticamente suspendido el plazo de aceptación o rechazo del siniestro contenido en el artículo siguiente.

Artículo 15: Plazo para la aceptación o rechazo del Siniestro. El Asegurador tendrá treinta (30) días corridos a contar de la recepción de la respectiva denuncia del siniestro para comunicar al Asegurado la aceptación o el rechazo del mismo. Vencido dicho plazo sin respuesta se considerará aceptado el siniestro. El plazo anteriormente establecido se suspenderá en los casos en que el Asegurador, por razones ajenas a su alcance y voluntad, no contara con los elementos suficientes para evaluar y determinar la cobertura del siniestro.

10. VALUACIÓN POR PERITOS

Artículo 16: Si no hubiese acuerdo entre las partes, respecto del diagnóstico de cáncer del siniestro, la misma será analizada por dos médicos designados uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los 8 (ocho) días hábiles de su designación, a un tercer facultativo para el caso de divergencia.

Los médicos designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los 30 (treinta) días hábiles y en caso de divergencia el tercero deberá expedirse dentro del plazo de 15 (quince) días hábiles.

Si una de las partes omitiese designar médico dentro del octavo día hábil de requerido por la otra, o si el tercer facultativo no fuere electo en el plazo establecido en el apartado anterior, la parte más diligente podrá requerir su nombramiento al Ministerio de Salud Pública.

Los honorarios y gastos de los médicos de las partes serán a su respectivo cargo y los del tercero serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo.

Artículo 17: Pago de la indemnización. No se indemnizará ningún siniestro antes de que la Compañía haya recibido por parte del Asegurado pruebas suficientemente satisfactorias del hecho ocurrido como son: a) La edad del Asegurado b) El diagnóstico confirmado por un médico de la Compañía de la ocurrencia de la enfermedad, así como toda información clínica, radiológica, histológica, de laboratorio y de cualquier otra índole que la Compañía juzgue necesaria. En caso de que la Compañía alegue una exclusión, será su responsabilidad probar la configuración de la misma. En caso de que el Asegurado fallezca a consecuencia de un tipo de cáncer cubierto por la presente Póliza y no hubiera recibido la indemnización correspondiente, la misma se hará efectiva a los herederos legales.

A partir de la aceptación expresa o tácita del siniestro, el Asegurador deberá abonar la indemnización correspondiente en un plazo máximo de sesenta (60) días corridos.

11. IMPUESTOS, TASAS Y CONTRIBUCIONES

Artículo 18: Los impuestos, tasas y contribuciones de cualquier índole y jurisdicción que pudieran crearse en lo sucesivo o los aumentos eventuales de los existentes, estarán a cargo del Tomador, Asegurado, de los Beneficiarios o los herederos, según el caso, salvo cuando la ley los declare expresamente a cargo exclusivo de la Compañía.

12. EXTRAVÍO O DESTRUCCIÓN DE LA PÓLIZA

Artículo 19: En caso de extravío o destrucción de la póliza, el asegurador, a solicitud del tomador, emitirá un duplicado de la póliza. Todo gasto que resulte por este concepto será de cargo del tomador

13. PRESCRIPCIÓN

Artículo 20: Las acciones prescriben al término de dos años de su ocurrencia. La prescripción para el pago del siniestro prescribe al término de dos años contados desde que se comunica al asegurado la aceptación o el rechazo del siniestro en forma expresa o al verificarse la aprobación tácita del siniestro. Los premios impagos prescriben a los dos años de su vencimiento.

14. DOMICILIO

Artículo 21: Para todos los efectos legales del presente contrato de seguro, las partes señalan como domicilio el denunciado en Condiciones Particulares o en la solicitud de Seguro, el que sea más reciente. Las comunicaciones que efectúe el Asegurador al Asegurado se considerarán válidas siempre que se realicen por escrito, considerándose válido el domicilio electrónico constituido por el Asegurado en la solicitud de seguro. El asegurado debe comunicar al Asegurador si, una vez vigente el contrato de seguros, tiene intención de fijar domicilio o residir fuera del país.

Artículo 22: Jurisdicción y Derecho aplicable. Toda controversia judicial que se plantee con relación al presente contrato, en cuanto a su ejecución o sus consecuencias entre las partes vinculadas por el mismo, se dirimirá ante los Juzgados competentes de la República Oriental del Uruguay y de acuerdo con la ley de éste país.

15. RETICENCIA

Artículo 23: Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Tomador y/o el Asegurado, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si la Compañía hubiese sido cerciorada del verdadero estado de riesgo, hace nulo el contrato. La Compañía debe impugnar el contrato dentro de los 3 (tres) meses de haber conocido la reticencia o falsedad. Cuando la reticencia no dolosa es alegada dentro de los 3 (tres) años de haber conocido la reticencia, Artículo 103 de la Ley N° 19.678, la Compañía, a su exclusivo juicio, puede anular el contrato restituyendo la prima percibida con deducción de los gastos, o reajustarla con la conformidad del Asegurado al verdadero estado del riesgo.

Si la reticencia fuese dolosa o de mala fe, la Compañía tiene derecho a las primas de los períodos transcurridos y del período en cuyo transcurso invoque la reticencia o falsa declaración. En todos los casos, si el Siniestro ocurre durante el plazo para impugnar, la Compañía no adeuda prestación alguna.

Cuando el contrato se efectúe por cuenta ajena se juzgará la reticencia por el conocimiento y la conducta del Tomador y del Asegurado.

16. OTRAS CONDICIONES

Artículo 24: Requisitos de Asegurabilidad. La edad máxima de ingreso y la edad máxima de cobertura se indicarán en las condiciones particulares. El Asegurador excluirá a todos aquellos asegurados que no cumplan con los requisitos de asegurabilidad antes detallados. En caso de un siniestro de un asegurado que no haya cumplido con los presentes requisitos de asegurabilidad, la Compañía solo se obliga a devolver el valor de los premios recibidos sin intereses y con deducción de los gastos incurridos.

Artículo 25: La Aseguradora se encuentra facultada a solicitar los exámenes médicos que entienda necesarios para evaluar la asegurabilidad y que sean razonables a efectos de la correcta asunción del riesgo.

La incorporación del asegurado al seguro quedará supeditada a la evaluación de los requisitos de asegurabilidad correspondientes.

Artículo 26: Certificado de Incorporación. Se emitirá un “Certificado de Incorporación” a cada asegurado comprendido en esta póliza colectiva.

Artículo 27: Rescisión de la póliza. Sin perjuicio de las demás causales de rescisión y caducidad ya previstas, el tomador podrá rescindir el contrato de seguro en cualquier tiempo, sin expresión de causa, siempre que lo comunique fehacientemente al asegurador con una antelación de un mes.

El Asegurador podrá rescindir el contrato mediando justa causa, siempre que lo comunique fehacientemente al asegurado con una antelación de un mes y tendrá derecho al cobro del premio por el riesgo corrido durante el período transcurrido hasta la rescisión.

El Asegurado podrá rescindir el contrato de seguro en cualquier tiempo, sin expresión de causa, siempre que lo comunique fehacientemente al asegurador y/o al tomador con una antelación de un mes.

CONDICIONES GENERALES DE SERVICIOS DE ASISTENCIA

A continuación, se establecen las condiciones aplicables para la prestación de las asistencias incluidas en el seguro oncológico.

TELEMEDICINA / SESIONES DE 45 MIN EN MEDICINA GENERAL POR VIDEO LLAMADA / TELEFÓNICA

Esta asistencia brinda al ASEGURADO consultas médicas virtuales con médicos generalistas que responderán todas sus inquietudes, le prestarán asesoría preliminar y/o indicaciones médicas de primera necesidad. Además, si se requiere, le entregarán información acerca de medicamentos, su utilización y diversos tópicos relacionados con la salud (Información de medicamentos, información toxicológica) las 24 horas del día y los 365 días del año. Los límites no son acumulables para ser utilizados en el resto de los eventos.

El médico tratante no emitirá certificados laborales.

Tope de eventos: 6 eventos anuales en sesiones de 45 minutos cada una.

CONSULTA PSICOLÓGICA / SESIONES DE 45 MINUTOS MEDIANTE VIDEO LLAMADA

Esta asistencia brinda al ASEGURADO consultas con psicólogos para que virtualmente brinden contención y asesoramiento. El profesional que la prestadora designe, asesorará y contendrá al ASEGURADO en cualquier situación, sugiriendo qué cosas hacer y ayudándolo ante la situación que se encuentre. Mediante la contención psicológica se intentará fortalecer los recursos emocionales del mismo.

Exclusión: El presente servicio, no incluye el seguimiento o el tratamiento del paciente, solo consta de una solución de contención u orientación del paciente, para iniciar o continuar un tratamiento de forma independiente al presente seguro.

Tope de eventos: 6 eventos anuales en sesiones de 45 minutos cada una.

SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA NACIONAL E INTERNACIONAL

La segunda opinión médica brinda al ASEGURADO la posibilidad de acceder, de manera virtual, a una evaluación adicional de su situación clínica por parte de otro profesional especializado, nacional o internacional, con el objetivo de confirmar o ajustar el diagnóstico y/o las indicaciones terapéuticas recomendadas.

Para acceder a dicha asistencia el ASEGURADO debe contar con historial clínico y documentación médica pertinente que deberán ser enviados por correo electrónico directamente al médico designado. Una vez recibida la información completa, el médico contará con un plazo máximo de 72 horas para emitir su evaluación.

Exclusión: este servicio no incluye la prescripción de medicación ni el seguimiento evolutivo del cuadro clínico del paciente.

En el caso de haber utilizado el servicio de segunda opinión médica internacional, la documentación médica será remitida por la prestadora a centros médicos líderes a nivel mundial. Estos centros designarán a los especialistas más calificados según el diagnóstico y tratamiento en cuestión. La documentación será validada y verificada dentro de un plazo de 3 días hábiles a partir de su recepción. El centro médico seleccionado por la prestadora, recaudará toda la información, análisis y

recomendaciones resultantes con respecto al enfoque de tratamiento por parte de los especialistas dentro de 10 días hábiles. La segunda opinión médica también incluirá una revisión completa del diagnóstico original y el plan de tratamiento propuesto.

Este servicio abarca todo tipo de diagnósticos y contempla la mayoría de las especialidades médicas, tales como Clínica Médica, Cirugía, Pediatría, Ginecología, Oncología, Neumología, Oftalmología, Traumatología, Medicina por Imágenes, Medicina Legal, Medicina del Trabajo.

Tope de eventos: 4 eventos anuales

CONDICIONES PARTICULARES

- 1. TOMADOR - Banco Santander S.A**
- 2. ASEGURADOR - Zurich Santander Seguros Uruguay S.A.**
- 3. PLAN DE SEGURO - Plan de Seguro Oncológico**
- 4. ASEGURADOS** - Las personas físicas relacionadas con el tomador que cumplan los requisitos de asegurabilidad de la póliza y que figuren en los listados computacionales de la Aseguradora.
Persona Física que haya aprobado los requisitos de selección determinados por el Asegurador y que a la fecha de vigencia no hubiera superado la Edad Máxima establecida como requisito de asegurabilidad.
- 5. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD** - La edad máxima de ingreso se establece a los 64 años inclusive y la edad máxima de cobertura se establece a los 65 años, inclusive.
- 6. CAPITAL ASEGURADO** – El plan prevé un capital en caso de diagnóstico de cáncer de:
Plan A: USD 10.000 (dólares americanos diez mil)
Servicios:
Telemedicina / sesiones de 45 min (6 eventos año)
Telemedicina / sesiones de 45 min, apoyo psicológico (6 eventos año)
Segunda opinión médica.

Plan B: USD 20.000 (dólares americanos veinte mil)
Servicios:
Telemedicina / sesiones de 45 min (6 eventos año)
Telemedicina / sesiones de 45 min, apoyo psicológico (6 eventos año)
Segunda opinión médica.

Plan C: USD 30.000 (dólares americanos treinta mil)
Servicios:
Telemedicina / sesiones de 45 min (6 eventos año)
Telemedicina / sesiones de 45 min, apoyo psicológico (6 eventos año)
Segunda opinión médica.

Plan D: USD 50.000 (dólares americanos cincuenta mil)
Servicios:
Telemedicina / sesiones de 45 min (6 eventos año)
Telemedicina / sesiones de 45 min, apoyo psicológico (6 eventos año)
Segunda opinión médica.
- 7. PREMIO DEL SEGURO** – El premio mensual se establece en:

	<u>Franjas de Edad</u>	<u>Plan A</u>	<u>Plan B</u>	<u>Plan C</u>	<u>Plan D</u>
Hombres	18-34	4,50	9,00	13,50	22,50
	35-39	6,50	13,00	19,50	32,50
	40-49	8,50	17,00	25,50	42,50
	50-59	14,50	29,00	43,50	72,50
	60-64	25,50	51,00	76,50	127,50

	Franja de Edad	Plan A	Plan B	Plan C	Plan D
Mujeres	18-34	5,50	11,00	16,50	27,50
	35-39	8,50	17,00	25,50	42,50
	40-49	10,50	21,00	31,50	52,50
	50-59	13,50	27,00	40,50	67,50
	60-64	16,50	33,00	49,50	82,50

8. VIGENCIA – La presente póliza inicia su vigencia el 01 de setiembre de 2025. Las partes acuerdan que la presente póliza tendrá un plazo de vigencia anual, siendo su renovación automática al cabo de este período, salvo que cualquiera de las partes comunique fehacientemente su intención de no renovar con un preaviso de 30 días.

Terminada la vigencia del contrato, sea anticipada o no, cesará toda responsabilidad del Asegurador de los riesgos que asume y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los siniestros que ocurran con posterioridad a la fecha de término correspondiente a las primas ingresadas.

9. AJUSTE DE PRIMA: La compañía se reserva el derecho de ajustar los precios notificándolo al Tomador con un preaviso de 60 días.