

COTIZACIÓN DE SEGURO

SEGURO MODULAR DE SALUD COLECTIVO

Nro. Cotización: 19685 Versión: 0
Intermediario: DARIO RAUL ESTEBAN

Rosario, 9 de marzo de 2026

Datos del Contratante

Razón Social: WCA CAPITAL S.A.S. - ALT II
Provincia: SANTA FE

Datos Generales

Fecha de Inicio de Vigencia: 01/04/2026 Fecha de Fin de Vigencia: 01/04/2027
Forma de Facturación: Mensual Cantidad de Asegurables: 100
Edad Mínima de Ingreso: Sin límite Edad Límite de Ingreso: 64 años (inclusive).

Edad Límite de Permanencia: Sin Límite

Requisitos de Asegurabilidad:

Registro nominado de asegurados (apellido y nombre, fecha de nacimiento, n° de documento)
Declaración Jurada de Salud para Cartera Inicial y Altas Futuras.

Coberturas Cotizadas

COBERTURA PARA TRASPLANTES DE ÓRGANOS
COBERTURA DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE ALTA COMPLEJIDAD
COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES

Capitales asegurados

Se adjunta anexo con detalle de coberturas y capitales; los cuales podrán ser modificados a elección y conforme a las necesidades de los interesados".

Carencias

	Días
COBERTURA PARA TRASPLANTES DE ÓRGANOS	120
COBERTURA DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE ALTA COMPLEJIDAD	90
COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES	60

COTIZACIÓN DE SEGURO

SEGURO MODULAR DE SALUD COLECTIVO

Nro. Cotización: 19685 Versión: 0
Intermediario: DARIO RAUL ESTEBAN

Rosario, 9 de marzo de 2026

Documentación médica a presentar para denuncia de siniestros

Cobertura para Trasplantes de Organos:

- Fotocopia de comunicación al INCUCAI (exclusión autotrasplantes).
- Fotocopia de Historia Clínica completa (atenciones hasta la determinación del trasplante).
- Fotocopia de resultados de Estudios Pre-Quirúrgicos (incluido Histocompatibilidad).
- Fotocopia de Protocolo Quirúrgico.

Coberturas de Enfermedades Graves:

- Fotocopia de Historia Clínica completa (atenciones hasta la determinación del diagnóstico).
- Fotocopias de resultado de Estudios de diagnósticos (clínicos, radiológicos, histológicos o de laboratorio).

Premio Cotizado

	Prima	Recargos, Sellados e Impuestos	Premio
Individual	\$ 1.778,00	\$ 401,80	\$ 2.179,80
Grupo Familiar Primario	\$ 5.511,70	\$ 1.245,70	\$ 6.757,40

Medios Habilitados de Pago de Premios

Resol. 407/2001 ARTICULO 1°.- Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes:

- Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION.
- Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley N° 21.526.
- Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley N° 25.065.
- Medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION a cada entidad de seguros, los que deberán funcionar en sus domicilios, puntos de venta o cobranza. En este caso, el pago deberá ser realizado mediante alguna de las siguientes formas: efectivo en moneda de curso legal, cheque cancelatorio Ley N° 25.345 o cheque no a la orden librado por el asegurado o tomador a favor de la entidad aseguradora.

Cuando la percepción de premios se materialice a través del SISTEMA UNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo.

Resol. 406/2024 ARTÍCULO 2°.- Sólo se consideran aptas para prestar el servicio de cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos en los términos del inciso a) del artículo 1° de la Resolución N° 429 de fecha 2 de junio de 2000 del MINISTERIO DE ECONOMÍA, las entidades que se encuentren inscriptas en el Registro de Proveedores de Servicios de Pago del BANCO CENTRAL DE LA REPÚBLICA ARGENTINA Esta póliza ha sido aprobada por la Superintendencia de Seguros de la Nación, por Proveído Nro. 101.286 y 106.371 del 24 de noviembre de 2004 y del 10 de setiembre de 2007 respectivamente.

COTIZACIÓN DE SEGURO

SEGURO MODULAR DE SALUD COLECTIVO

Nro. Cotización: 19685 **Versión:** 0
Intermediario: DARIO RAUL ESTEBAN

Rosario, 9 de marzo de 2026

Los premios incluyen IVA (21%).

Sellos Provinciales: De corresponder, estarán a cargo del principal tomador.

La presente cotización tendrá una validez de 30 días a partir de la fecha de emisión.

www.previncaseguros.com.ar

   Previncaseguros

Junín 191 - Piso 10 Oficina 3

C.P: S2013DJC · Rosario · Teléfono (0341) 5274720

CUIT: 30-50006614-4

consultas@previncaseguros.com.ar

COTIZACIÓN DE SEGURO

SEGURO MODULAR DE SALUD COLECTIVO

Nro. Cotización: 19685 Versión: 0
Intermediario: DARIO RAUL ESTEBAN

Rosario, 9 de marzo de 2026

Anexo - Coberturas Capitales Asegurados

Cobertura	Código	Descripción	Valor
COBERTURA PARA TRASPLANTES DE ÓRGANOS	010709	Tratamiento endovascular de malformaciones craneales con embolizaciones terapéuticas o microcoils	\$600.000
COBERTURA PARA TRASPLANTES DE ORGANOS			
TRASPLANTES DE ORGANOS			
800101		Trasplante de Médula Osea	\$4.500.000
800102		Trasplante Hepático	\$4.500.000
800103		Trasplante Pulmonar	\$4.500.000
800104		Trasplante Cardiopulmonar	\$4.500.000
800105		Trasplante Cardíaco	\$3.825.000
800106		Trasplante Renal	\$1.530.000
800107		Implante de Cóclea	\$517.500
800108		Trasplante de Córnea	\$517.500
800109		Trasplante de Páncreas	\$3.825.000
800111		Trasplante de Intestino	\$4.500.000
800112		Trasplante Reno-Pancreático	\$4.500.000
COBERTURA DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE ALTA COMPLEJIDAD			
OPERACIONES EN EL SISTEMA NERVIOSO			
OPERACIONES EN EL CRÁNEO			
010101		Tratam. Quir. Encefalomeningocele	\$550.000
OPERACIONES INTRACRANEANAS			
010201		Ventriculocisternostomías	\$600.000
010204		Lobectomía parcial o total	\$700.000
010205		Tractotomía espinotalámica	\$600.000
010206		Trat. Quir. Aneurisma Intrac.	\$700.000
010208		Craneotomía exploradora	\$500.000
010209		Reparación plástica senos craneales	\$550.000
010210		Escisión neoplasia intracraneana	\$700.000
010213		Intervenciones estereotáxicas	\$550.000
010250		Cirugía de Parkinson (Lesión por Radiofrecuencia/Colocación de Estimuladores)	\$800.000
010251		Cirugía de la Epilepsia	\$800.000
CIRUGÍA VERTEBROMEDULAR			
010301		Reparación de defectos congénitos del complejo vertebromeningomedular	\$500.000
010303		Ligadura aneurismas medulares	\$800.000
010304		Cordotomía espinotalámica	\$550.000
INTERVENCIONES SOBRE LOS PARES CRANEALES			
010401		Neurotomía retrogasariana trigeminal	\$550.000
010403		Neurotomía intermed. vestibular	\$500.000
010404		Intervenciones nervios ópticos	\$700.000
010409		TECNICA POR RADIOFRECUENCIA (Capital único a abonar cuando las prácticas 4.01, 01.04.02, 01.04.03, 01.04.05 o 01.04.06 se realicen con esta técnica)	\$220.000
PROCEDIMIENTOS NEURORRADIOLÓGICOS			
010708		Tratamiento endovascular de aneurismas craneales con embolizaciones terapéuticas o microcoils	\$600.000
OPERACIONES OTORRINOLARINGOLOGICAS			
OPERACIONES EN EL OÍDO MEDIO			
030210		Cirugía de glomus yugularis	\$600.000
030211		Cirugía 2da. y 3ra. porc. nervio facial	\$500.000
OPER. EN EL OÍDO INTER. Y CONDUCTO AUD. INTERNO			
030303		Cirugía del saco endolinfático	\$500.000
030304		Cirugía conducto aud. interno	\$550.000
030306		Trat. Quir. neurinoma del acústico	\$600.000
OPERACIONES EN LA LARINGE			
030601		Operación comando de laringe	\$550.000
OPERACIONES GLÁNDULAS Y CONDUCTOS SALIVALES			
030802		Operación comando de parótida	\$550.000
OPERACIONES EN LA BOCA			
030901		Operación comando piso de boca	\$550.000
OPERACIONES EN LA LENGUA			
031101		Operación comando de lengua	\$550.000
OPERACIONES EN EL PALADAR Y ÚVULA			
031205		Operación comando de paladar	\$550.000
OPERACIONES EN LAS AMÍGDALAS, ADENOIDES Y FARINGE			
031304		Operación comando de faringe	\$550.000
031314		TRATAMIENTOS POR VIDEOENDOSCOPIA (El presente capital es adicional al capital asegurado de la práctica del capítulo 03. Operaciones Otorrinolaringológicas en la cual resulte aplicable esta técnica)	\$260.000
OPERACIONES EN EL SISTEMA ENDOCRINO			
OPERACIONES GLÁNDULAS TIROIDES Y PARATIROIDES			
040102		Tiroidectomía Total c/vac. gangl. radical bilat.	\$550.000
OPERACIONES EN LAS GLÁNDULAS SUPRARRENALES			
040201		Adrenalectomía bilateral	\$450.000
OPERACIONES EN EL TORAX			
OPERACIONES EN EL PULMÓN, PLEURA Y MEDIASTINO			
050401		Lobectomía, bilobectomía o neumonectomía	\$550.000
050415		Resección enfisema bulloso bilat.	\$500.000
050416		Angioplastia de Arteria Pulmonar	\$450.000
050417		TRATAMIENTOS POR VIDEO-TORACOSCOPIA -incluye sutura (Este capital es adicional al capital asegurado previsto en la Cirugía Mayor de Torax en la cual se aplique esta técnica)	\$400.000
PROCEDIMIENTOS ANGIO-CARDIORRADIOLÓGICOS			
OPERACIONES EN EL CORAZÓN Y PERICARDIO			
070101		Septostomía interauricular. Cardiot. Valvulotomía. Pericardiectomía	\$600.000
CIRUGÍA CARDIOVASCULAR CON CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA			
070201		Cardiopatía congénita	\$500.000

Junín 191 - Piso 10 Oficina 3

www.previncaseguros.com.ar

C.P: S2013DJC · Rosario · Teléfono (0341) 5274720

   Previncaseguros

CUIT: 30-50006614-4

consultas@previncaseguros.com.ar

COTIZACIÓN DE SEGURO

SEGURO MODULAR DE SALUD COLECTIVO

Nro. Cotización: 19685 Versión: 0
Intermediario: DARIO RAUL ESTEBAN

Rosario,9 de marzo de 2026

070202	Tratamiento Quirúrgico cardiopatías con hipotermia	\$2.000.000	OPERACIONES EN EL ESTÓMAGO	
070203	Reemplazo válvula cardíaca	\$2.000.000	080301	Gastrectomía total \$550.000
070204	Doble reemplazo valvular	\$2.000.000	080312	Cirugía de la Obesidad \$800.000
070205	Reemplazo valvular y plástica de otra	\$2.000.000	OPERACIONES EN EL COLON Y RECTO	
070206	Cierre de defectos septales	\$1.600.000	080501	Colectomía total c/restitución tránsito \$550.000
070207	Tratamiento Quirúrgico de aneurismas de aorta	\$2.000.000	080502	Colectomía total con ileostomía \$500.000
070208	Aneurismas de aorta (asc. o desc.)	\$2.000.000	080506	Operaciones radicales p/megacolon \$550.000
070209	Cirugía de Revascularización miocárdica	\$2.000.000	080508	Colon proctectomía total \$700.000
070211	Resección de aneurisma ventricular	\$1.600.000	080509	Proctosigmoidectomía \$600.000
070212	Resección de aneurisma con cirugía de revascularización	\$2.000.000	080516	Oper. Plást. malf. cong. ano-rectal \$550.000
OPERACIONES ARTERIAS Y VENAS DE CAVIDAD TORÁCICA			OPERACIONES EN EL HÍGADO Y VÍAS BILIARES	
070301	Cirug. de grandes troncos arteriovenosos de la cavidad torácica	\$800.000	080701	Lobectomía hepática \$700.000
070302	Tratamiento quirúrgico de aneurisma de aorta -toraco abdominal	\$800.000	080702	Segmentectomía \$500.000
OPERACIONES ARTERIAS Y VENAS ABDOMINO-PELVIANAS			080725	Embolización Arterial (TERAPIA DE EMBOLIZACION PARA EL CANCER DE HIGADO) \$700.000
070401	Trat. Quirúrgico del aneurisma de la aorta abdominal	\$600.000	080726	Quimioembolización (TERAPIA DE EMBOLIZACION PARA EL CANCER DE HIGADO) \$700.000
070402	Cirugía de las ramas viscerales de la aorta abdom. Y tronco.iliacos (anastomosis)	\$550.000	080727	Radioembolización (TERAPIA DE EMBOLIZACION PARA EL CANCER DE HIGADO) \$700.000
070404	Derivación aorta bifemoral	\$550.000	OPERACIONES EN EL PÁNCREAS	
070405	Derivación aorta iliaco uni-bilateral	\$550.000	080801	Duodenopancreatectomía \$700.000
070407	Anastomosis porto-cava	\$550.000	OPERACIONES APARATO URINARIO Y GENITAL MASCULINO	
OPERACIONES EN ARTERIAS Y VENAS DEL CUELLO			OPERACIONES EN EL RIÑÓN Y URÉTER	
070504	Endarterectomía	\$500.000	100103	Nefroureterectomía total c/cistect. parc. \$450.000
ANGIOPLASTÍAS			100112	Derivaciones ureterales B \$550.000
070801	Angioplastia Transluminal Coronaria	\$400.000	OPERACIONES EN LA VEJIGA	
070802	Angioplastia Coronaria con Colocación de Stent	\$400.000	100201	Cistectomía total \$600.000
070803	Angioplastia Transluminal Coronaria con Rotablator Simpson	\$450.000	100204	Citoplastia Colon o lliocistoplastia agrandamiento vesical- ectrofia vesical \$500.000
070805	Angioplastia Periférica	\$450.000	OPERACIONES AP. GENITAL FEMENINO Y OBSTETRICAS	
070806	Angioplastia Periférica con Colocación de Stent	\$450.000	OPERACIONES EN EL UTERO	
070807	Angioplastia Carotídea	\$450.000	110201	Cirugía comando de útero y anexos \$500.000
070808	Reemplazo válvula cardíaca	\$700.000	110202	Exenteración pelviana \$500.000
070809	Doble reemplazo valvular	\$700.000	OPERACIONES OBSTÉTRICAS	
070810	Reemplazo valvular y plástica de otra	\$700.000	110404	Embolización Placenta Acreta \$500.000
070811	Cierre de defectos septales	\$700.000	OPERACIONES EN EL SISTEMA MUSCULO ESQUELETICO	
070812	Tratamiento Quirúrgico de aneurismas de aorta	\$700.000	AMPUTACIONES/DESARTICULACIONES	
070813	Aneurismas de aorta (asc. o desc.)	\$700.000	121604	Amputación interileoabdominal \$500.000
070814	Coloc.Stent en Aneurisma de Aorta	\$700.000	TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS PROCEDIMIENTOS COMBINADOS - MISCELANEAS	
070815	Oclusión de ductus por cateterismo	\$700.000	121702	Discectomía con artrodesis \$500.000
070816	Oclusión de ductus con ocluser (amplatzer)	\$700.000	PROCEDIMIENTOS ANGIO-CARDIORRADIOLOGICOS	
070817	Tratamiento quirúrgico de aneurisma de aorta-toraco abdominal	\$700.000	PROCEDIMIENTOS ANGIO-CARDIORRADIOLOGICOS	
070818	Cirugía de la arteria carótida o de la vertebral	\$700.000	170203	Ablación por radiofrecuencia de arritmias cardiacas \$700.000
OPERACIONES EN EL APARATO DIGESTIVO Y ABDOMEN			<i>Incluye cobertura en el exterior - Coeficiente en el exterior: 1,00</i>	
OPERACIONES EN EL ESÓFAGO			COBERTURA DE ENFERMEADES GRAVES	
080101	Esofagoectomía total y reconstrucción	\$700.000	COBERTURA DE ENFERMEADES GRAVES	
080104	Reemplazo de esófago	\$550.000	ENFERMEADES GRAVES	
080107	Tratam. atresia esofágica	\$700.000	900101	Cáncer \$1.300.000
			900102	Infarto de Miocardio \$1.300.000

Junín 191 - Piso 10 Oficina 3

www.previncaseguros.com.ar

C.P: S2013DJC · Rosario · Teléfono (0341) 5274720

   Previncaseguros

CUIT: 30-50006614-4

consultas@previncaseguros.com.ar

COTIZACIÓN DE SEGURO

SEGURO MODULAR DE SALUD COLECTIVO

Nro. Cotización: 19685 Versión: 0
Intermediario: DARIO RAUL ESTEBAN

Rosario, 9 de marzo de 2026

900103 Accidente Cerebro Vascular

\$1.300.000

COTIZACIÓN DE SEGURO

SEGURO MODULAR DE SALUD COLECTIVO

Nro. Cotización: 19685 Versión: 0
Intermediario: DARIO RAUL ESTEBAN

Rosario, 9 de marzo de 2026

BENEFICIOS EXCLUSIVOS

Con la contratación de su seguro, obtiene los siguientes beneficios:

Servicio de TeleSalud

Cuando necesites o quieras realizar alguna consulta sobre tu salud podés recurrir al mejor staff médico a través de "Telesalud". No importa dónde estés ni la hora que sea, a través de una video-llamada con tu celular o tablet podés acceder a la atención médica al instante y sin demoras las 24 horas, los 365 días del año.

Para las pólizas con inicio de vigencia a partir del día 1°, el beneficio quedará activo a partir del 5° día hábil, mientras que, en aquellas pólizas, donde el inicio de vigencia se establezca en fechas intermedias del mes, el beneficio se activará a partir del 5° día hábil del mes siguiente.

Cómo utilizar el servicio de Telesalud?

- Los asegurados deberán comunicarse al 0800-444-0895 para solicitar el servicio de Telesalud.
- Nuestro operador le ofrecerá para realizar la video-llamada, la posibilidad de enviarle un link para conectarse vía correo electrónico o SMS, según la comodidad del asegurado.
- El médico atiende la video-llamada y de inmediato resuelve cualquier inquietud referida a una urgencia.
- Una vez finalizada la video-llamada, el asegurado recibe por mail las indicaciones médicas en caso de necesitarlas.

COTIZACIÓN DE SEGURO

SEGURO MODULAR DE SALUD COLECTIVO

Nro. Cotización: 19685 Versión: 0
Intermediario: DARIO RAUL ESTEBAN

Rosario, 9 de marzo de 2026

Coberturas

ASISTENCIA	DESCRIPCIÓN	LÍMITES Y TOPES
MÉDICO ON LINE	Guardia médica las 24 hs, los 365 días en las especialidades de clínica médica y pediatría solo en caso de urgencia (NO riesgo de vida) sin necesidad de trasladarse	24 eventos por año hasta 2 por mes
MEDIPHONE	Asesoramiento médico telefónico con profesionales	Sin límite
	Asesoramiento acerca de dudas relacionados a la salud en general	
	Orientación sobre medicación	
	Orientación materno infantil	
	Recomendaciones nutricioales generales vinculadas a trastornos médicos	
	Consultas sobre evolución de distintos tratamientos	
	Valoración de necesidad de consulta con especialistas	
	Información sobre centros médicos de la red pública y privada	
Contacto y datos de prestadores médicos a domicilio y en consultorio		
ASISTENCIA PSICOLOGICA	Contención psicológica a través de una línea telefónica	Hasta 4 eventos al año
ASISTENCIA NUTRICIONAL	Asesoramiento telefónico con profesionales	Hasta 4 eventos al año

Ante cualquier consulta, no dude en comunicarse con nosotros al 0810-345-0049 de lunes a jueves, de 9 a 17 hs. y viernes de 9 a 15 hs.

COTIZACIÓN DE SEGURO

SEGURO MODULAR DE SALUD COLECTIVO

Nro. Cotización: 19685 Versión: 0
Intermediario: DARIO RAUL ESTEBAN

Rosario, 9 de marzo de 2026

EXCLUSIONES A LA COBERTURA

ARTÍCULO 23 - ENFERMEDADES PREEXISTENTES

A todos los efectos de esta Póliza, se entiende por Enfermedades Preexistentes, las enfermedades o anomalías de tratamiento médico y/o quirúrgico y sus complicaciones, las que por su historia natural requieren un período de tiempo de desarrollo científicamente establecido y hayan sido diagnosticadas con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la cobertura de la respectiva Condición Específica para cada Asegurado.

Quedan expresamente excluidos de la cobertura que otorga la presente póliza todos los siniestros que tengan su origen o deriven de una Enfermedad Preexistente o resulten consecuencia de una Cirugía practicada con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la cobertura de la respectiva Condición Específica para cada Asegurado.

Sin perjuicio de lo expuesto en los párrafos precedentes, se deja expresa constancia que la Compañía cubrirá los siniestros que deriven de enfermedades congénitas y/o adquiridas al nacimiento de los hijos durante la vigencia del seguro, siempre que ambos cónyuges se encuentren asegurados y que el referido hijo sea incluido en el seguro dentro del plazo de treinta (30) días establecido en el Artículo 9º de las presentes Condiciones Generales.

ARTÍCULO 24 - EXCLUSIONES

La Compañía no abonará los beneficios previstos en esta póliza cuando los siniestros se originaran como consecuencia de:

- Intento de suicidio.
- Consumo abusivo de sustancias psicoactivas tales como tóxicos, estupefacientes, drogas y psicotrópicos, salvo prescripción médica.
- Consumo abusivo de alcohol.
- Lesiones que el asegurado se hubiera ocasionado voluntariamente o estando insano.
- Accidentes que se originen a causa de alteraciones mentales, intento de suicidio, drogadicción o alcoholismo.
- Actos de terrorismo, rebelión, sedición, motín, conmoción civil, guerrilla, guerra civil y guerra internacional que no comprenda a la Nación Argentina. En caso de comprenderla, las obligaciones de los Asegurados, como así también las de la Compañía se regirán por las normas que en tal emergencia dictaren las autoridades competentes.
- Participación del Asegurado en empresa criminal.
- Accidente provocado por dolo o culpa grave del Tomador o del Asegurado.

i) Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo en casos de tentativa de salvamento de vidas o bienes.

j) Uso de material nuclear para cualquier fin, incluyendo explosión nuclear, provocada o no, así como también la contaminación radioactiva o explosión de radiaciones nucleares ionizantes.

k) Epidemia, envenenamiento de carácter colectivo, catástrofes naturales y otras calamidades que afecten a la población masivamente. Quedan comprendidos dentro de la definición de catástrofe, aunque tal enumeración no resulte excluyente de otros diferentes que se pudieran verificar: los terremotos, inundaciones, aluviones, maremotos, erupciones volcánicas, huracanes y vendavales.

l) Accidentes que resulten de competencias en aeronaves o vehículos de motor, competencias de pericia o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o de justas hípicas.

m) Accidentes resultantes de la práctica profesional o no de deportes particularmente peligrosos y/u otras actividades riesgosas, incluyendo los entrenamientos.

n) Lesiones o afecciones producidas como consecuencia de prácticas y/o intervenciones experimentales o penadas por ley.

o) Enfermedades infectocontagiosas de denuncia internacional, tales como fiebre amarilla, peste, cólera, viruela, tífus, ébola y H1N1.

p) Tratamiento por esterilidad, impotencia, fertilización, procedimientos anticonceptivos o por cambio de sexo y las consecuencias que deriven de ellos.

Cobertura de Enfermedades Graves

ARTÍCULO 6 - EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

Cáncer:

Quedan excluidos de esta cobertura:

- Toda forma de tumores benignos.
- Los estadios precoces de los tumores malignos, entendiéndose por tales a todas aquellas neoplasias que logran su curación total con gestos mínimos de tratamiento y/o prácticas médicas, cuyos costos de curación resultan de bajo impacto económico, quedando incluidos entre otros los siguientes:
 - Etapa A del Cáncer del Colon de la clasificación de Dukes.
 - Etapa A del Cáncer de la próstata, o cánceres prostáticos que histológicamente son descriptos en la clasificación TNM como T1 (incluyendo T1 (a) ó T1 (b) o que son de otra clasificación equivalente

COTIZACIÓN DE SEGURO

SEGURO MODULAR DE SALUD COLECTIVO

Nro. Cotización: 19685 Versión: 0
Intermediario: DARIO RAUL ESTEBAN

Rosario, 9 de marzo de 2026

o menor).

c) Tumores que presentan los cambios malignos del carcinoma in situ (incluyendo la displasia cervical CIN-1, CIN-2 y CIN-3) o aquellos descritos como lesiones premalignas, tumores benignos o pólipos.

d) Carcinoma in situ, no invasivo.

e) Melanomas de menos de 1.5 mm de espesor, determinado por examen histológico, o invasión menor del nivel de Clark 3.

3) Cualquier Cáncer de la piel, excepto el melanoma maligno invasor de la dermis o a mayor profundidad; todas las hiperqueratosis o los carcinomas basocelulares de la piel.

4) La leucemia linfática crónica.

5) Metástasis de cualquier tipo.

Infarto Agudo de Miocardio:

Quedan excluidos de esta cobertura:

1) Los infartos silenciosos y/o aquellos que no tuvieron tratamiento por no haber sido detectados.

2) La angina de pecho estable o inestable.

Accidente Cerebro Vascular:

Quedan excluidos de esta cobertura:

1) Los Accidentes Cerebro Vasculares transitorios.

2) Las lesiones cerebrales causadas por traumatismo; hipoxia o reducción crítica de oxígeno.

Cobertura De Intervenciones Quirúrgicas De Alta Complejidad

ARTÍCULO 5 - EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

Quedan excluidos de la cobertura:

1) Cirugías cosméticas y/o plásticas, excepto aquellas para las que se compruebe que poseen una finalidad reparadora de una función afectada por eventos cubiertos por esta póliza.

2) Tratamientos por obesidad y/o rejuvenecimiento, en sus diversas modalidades.

3) Intervenciones quirúrgicas ilícitas o de carácter experimental o realizadas en instituciones o por personal no habilitado legalmente, teniendo conocimiento de tales circunstancias.

ARTÍCULO 6 - EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

Quedan excluidos de la cobertura:

a) Trasplantes ilícitos o de carácter experimental o realizados en instituciones o por personal no habilitado legalmente, teniendo conocimiento de tales circunstancias.

b) Los trasplantes de médula ósea secundaria a aplasias medulares provocadas por tratamientos oncológicos que requieran autotrasplante de células medulares. Sólo están incluidos los trasplantes de médula ósea como consecuencia de patologías primarias de la misma.

c) Aquellas personas que, a su ingreso o reingreso al seguro estén con indicación formal de trasplante de órganos, en tratamientos oncológicos de cualquier naturaleza o en hemodiálisis crónica, en cualquiera de sus formas, o se encuentre en lista de espera del INCUCAI.

d) Todo tipo de homologación u operaciones que no sean los trasplantes de órganos humanos estipulados, así como todo trámite referido directa o indirectamente a la provisión de órganos.

e) Los trasplantes de órganos transgénicos, animales, mecánicos o transitorios.

Cobertura para Trasplantes de Órganos

www.previncaseguros.com.ar

   Previncaseguros

Junín 191 - Piso 10 Oficina 3

C.P: S2013DJC · Rosario · Teléfono (0341) 5274720

CUIT: 30-50006614-4

consultas@previncaseguros.com.ar

COTIZACIÓN DE SEGURO

SEGURO MODULAR DE SALUD COLECTIVO

Nro. Cotización: 19685 Versión: 0
Intermediario: DARIO RAUL ESTEBAN

Rosario, 9 de marzo de 2026

CONDICIONES GENERALES

ARTÍCULO 1 - LEY DE LAS PARTES CONTRATANTES Y PREEMINENCIA NORMATIVA

Las partes contratantes se someten a las disposiciones de la Ley de Seguros N° 17.418, demás normativa aplicable y a las de la presente póliza que la complementan o modifican cuando ello es admisible.

Esta póliza consta de Condiciones Generales, Condiciones Específicas, Cláusulas Adicionales y Condiciones Particulares.

En caso de discordancia, las mismas regirán en el siguiente orden de prelación:

- Condiciones Particulares
- Cláusulas Adicionales
- Condiciones Específicas
- Condiciones Generales

ARTÍCULO 2 - RETICENCIA O FALSA DECLARACIÓN

Esta Póliza y los Certificados Individuales han sido extendidos por la Compañía sobre la base de las declaraciones suscriptas por el Tomador y los Asegurados en sus respectivas solicitudes y en caso de corresponder, en las declaraciones juradas de salud.

Toda falsa declaración o reticencia de circunstancias conocidas por el Tomador o por los Asegurados, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubieran impedido el contrato o la aceptación de las coberturas individuales, o hubieran modificado las condiciones de los mismos, si la Compañía hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato y/o los Certificados Individuales de los Asegurados, según el caso.

La Compañía no invocará como reticencia o falsa declaración la omisión de hechos o circunstancias cuya pregunta no conste expresa y claramente en la solicitud del seguro, en las solicitudes individuales y en caso de corresponder, en las declaraciones juradas de salud suscriptas para el presente seguro.

ARTÍCULO 3 - VIGENCIA

Esta póliza entrará en vigencia a las cero (0) horas del día fijado en las Condiciones Particulares como comienzo de su vigencia.

ARTÍCULO 4 - DEFINICIONES

4.1. Tomador: se entiende por tal a la persona humana o jurídica que celebra el presente contrato de seguro con la Compañía y que posee con los potenciales Asegurados un vínculo anterior y distinto al de contratar el presente seguro.

4.2 Asegurado Titular: quedan comprendidos en esta definición:

-Pólizas Colectivas: los empleados del Tomador, comprendiendo a los empleados, obreros, dueños, socios y directores de la Empresa o adherentes vinculados.

-Pólizas Grupales: los integrantes de un grupo, vinculados al Tomador a través de un interés común, anterior y distinto al de contratar este seguro.

4.3 Asegurado Familiar: se entiende por tales a los miembros primarios de la familia del Asegurado Titular, siendo estos los siguientes:

-El cónyuge legal que conviva con el Asegurado Titular. En caso de inexistencia de éste, se aceptará en calidad de cónyuge a la persona que conviva con el Asegurado Titular sin vínculo legal, según lo define la Ley en estos casos. Cuando a lo largo del texto de la póliza se hace mención al cónyuge, se incluye tanto al cónyuge como en su caso al conviviente, con el alcance previsto en el presente artículo.

-Los hijos, conforme a la definición prevista en las Condiciones Particulares.

4.4 Asegurado: quedan comprendidos los Asegurados Titulares y los Asegurados

Familiares.

4.5 Carencia: se define el concepto de carencia como el período de tiempo, contado desde la fecha de inicio de vigencia de la cobertura de la respectiva Condición Específica para cada Asegurado, durante el cual el Asegurado Titular y/o los Asegurados Familiares no poseen cobertura, pero sí la obligación de abonar premios. Los períodos de carencia se establecen para cada cobertura en las Condiciones Particulares.

El citado período de carencia deberá cumplirse cada vez que el Asegurado ingrese al seguro, independientemente que dicho Asegurado lo hubiese cumplido en un ingreso anterior.

Cuando se produzca un aumento en el Capital Asegurado de una cobertura incluida en la póliza, originado en un pedido del Tomador y/o del Asegurado, se deberá cumplimentar nuevamente el período de carencia para el monto de tal incremento, computándose el mismo desde el día en que inicie vigencia el aumento solicitado, salvo que se hubiera pactado lo contrario y se hubiera dejado constancia de ello en las Condiciones Particulares, mediante endoso o en el respectivo Certificado Individual, según el caso. De igual forma, si se incluyeran nuevas coberturas durante la vigencia de la póliza y/o del Certificado Individual, el período de carencia para cada Asegurado se computará para esa nueva cobertura desde la fecha de inicio de vigencia de la misma.

4.6 Accidente: a los efectos de este seguro, se entiende por accidente toda lesión corporal que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta, sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad, por la acción repentina y violenta de o con un agente externo. A efectos de la presente cobertura, dichas consecuencias deben manifestarse a más tardar dentro del año a contar desde la fecha del accidente.

4.7 Establecimiento Asistencial: a los efectos de este seguro, se entiende por Establecimiento Asistencial todo establecimiento que brinde asistencia médica (Sanatorio, Hospital, Clínica, Instituto, Policlínico, etc.) y que cumpla la totalidad de las siguientes condiciones: se halle legalmente establecido y autorizado, posea servicio de enfermería las 24 horas, equipamiento de RX, laboratorio de análisis clínicos y equipamiento para cirugía mayor.

4.8 Médico: los distintos profesionales médicos mencionados en las distintas Condiciones Específicas deben estar legalmente habilitados para el ejercicio de la profesión y no pueden ser familiares del Asegurado Titular ni de los Asegurados Familiares.

ARTÍCULO 5 - PERSONAS ASEGURABLES

5.1 Pólizas Colectivas

Se consideran asegurables a todos los dependientes permanentes del Tomador que a la fecha de emisión de esta póliza se encontraren en servicio activo y posean la antigüedad mínima ininterrumpida en relación de dependencia estipulada en las Condiciones Particulares y que cumplan con los requisitos de selección establecidos por la Compañía.

Aquellos que a la iniciación del seguro no se encontraren en servicio activo, se considerarán asegurables después que haya transcurrido un mes, no menor de 30 días, desde la fecha de reincorporación a sus tareas, salvo que se hubiere pactado un plazo diferente en las Condiciones Particulares de esta póliza.

Se entiende por servicio activo el desempeño normal de tareas al servicio del Tomador por parte de los dependientes que, en la fecha de emisión de la póliza, figuren en la lista de personal activo, cumplan con la jornada laboral completa y perciban habitualmente los haberes.

A tales efectos, se considera jornada laboral completa el desarrollo de la prestación de servicios por un mínimo de 30 horas semanales, salvo pacto en contrario.

Los dependientes que en el futuro ingresen al servicio del Tomador, adquirirán la calidad de asegurables al cumplir la antigüedad mínima ininterrumpida en relación de dependencia estipulada en las Condiciones Particulares. No obstante, podrán

Junín 191 - Piso 10 Oficina 3

www.previncaseguros.com.ar

C.P: S2013DJC · Rosario · Teléfono (0341) 5274720

   Previncaseguros

CUIT: 30-50006614-4

consultas@previncaseguros.com.ar

COTIZACIÓN DE SEGURO

SEGURO MODULAR DE SALUD COLECTIVO

Nro. Cotización: 19685 Versión: 0
Intermediario: DARIO RAUL ESTEBAN

Rosario, 9 de marzo de 2026

incorporarse inmediatamente al seguro siempre que presenten pruebas de selección satisfactorias para la Compañía, quedando los gastos que puedan originarse para obtenerlas a cargo del Tomador o los Asegurados, según el caso.

Los dependientes que reingresen al servicio del Tomador, podrán eximirse del plazo de espera siempre que cumplan pruebas de selección satisfactorias para la Compañía, quedando los gastos que puedan originarse para obtenerlas a cargo del Tomador o los Asegurados, según el caso.

A los efectos del presente seguro serán asimilados a los dependientes permanentes del Tomador los dueños únicos y/o socios y/o directores del Tomador, siempre que se dediquen efectivamente a la empresa en un tiempo no menor de 30 horas semanales. En tal caso, les serán aplicables todas las disposiciones que para ingreso o reingreso de los dependientes se establece en el presente Artículo.

En las Condiciones Particulares podrá pactarse un grupo de asegurables diferente al previsto en los párrafos precedentes.

5.2 Pólizas Grupales

Se consideran asegurables a la fecha de emisión de esta póliza, todas las personas integrantes del grupo regido por el Tomador, que cumplan con los requisitos de selección que determine la Compañía.

Las personas que en el futuro ingresen a formar parte del grupo, así como las que reingresen al mismo, también serán asegurables desde el momento en que cumplan los requisitos de selección que determine la Compañía para estos casos.

ARTÍCULO 6 - PERSONAS NO ASEGURABLES

No serán asegurables las personas que superen la Edad Máxima de Incorporación al Seguro prevista en las Condiciones Particulares, salvo pacto en contrario.

La restricción de edad establecida en el párrafo anterior, es aplicable tanto al Asegurado Titular, como a la persona a ser incorporada bajo la presente cobertura en calidad de cónyuge.

ARTÍCULO 7 - OPCIÓN DE CONTINUIDAD EN EL SEGURO - PÓLIZAS GRUPALES

7.1 Cónyuge del Asegurado Titular

En caso de fallecimiento del Asegurado Titular, el cónyuge supérstite podrá continuar con la cobertura, en las mismas condiciones pactadas a su inicio, constituyéndose éste en Asegurado Titular.

7.2 Hijos del Asegurado Titular

Los Asegurados incorporados a la póliza en calidad de hijos del Asegurado Titular perderán su condición de miembros del Grupo Familiar, en las siguientes situaciones:

-Al fin del mes en que cumplan la Edad Máxima de Permanencia para los Hijos establecida en las Condiciones Particulares: podrán permanecer incluidos bajo la misma Póliza en carácter de Asegurados Titulares.

-Al contraer matrimonio: podrán permanecer incluidos bajo la misma Póliza en carácter de Asegurados Titulares. El cónyuge deberá complementar los requisitos de selección que a tal fin determine la Compañía y los respectivos períodos de carencia. Asimismo, deberá abonar el premio correspondiente a la calidad de Asegurado respectiva.

7.3 En ambos casos

-Se exige al nuevo Asegurado Titular de cumplir con los requisitos de selección exigidos por la Compañía y los respectivos períodos de carencia. El premio a abonar será el correspondiente a Asegurado Titular.

-Las opciones tendrán validez, únicamente, si el premio correspondiente es abonado dentro de los treinta (30) días posteriores a la fecha de inicio de vigencia del nuevo Certificado Individual.

-Para que proceda la continuidad de la cobertura, el cónyuge o el hijo que asume la calidad de Asegurado Titular debe mantener con el Tomador una relación previa y diferente a la de suscribir el seguro.

ARTÍCULO 8 - PLAZO PARA SOLICITAR LA INCORPORACIÓN A LA COBERTURA

Todo asegurable que desee incorporarse a la Póliza, deberá solicitarlo por escrito, a través de la solicitud individual que a tal efecto proveerá la Compañía, dentro de los treinta (30) días contados desde la fecha en que fuera asegurable, cumplimentando los requisitos de selección a que se refiere el artículo 5°.

Los asegurables que soliciten su incorporación a esta póliza fuera del término indicado en el párrafo anterior, como asimismo los que vuelvan a solicitar su cobertura individual después de haber sido rescindido su Certificado Individual, deberán previamente cumplimentar las pruebas médicas y/o los requisitos de asegurabilidad que determine la Compañía y pagar los gastos que se originen para obtenerlas, a fin de que ésta considere su solicitud. Cumplidos los requisitos que se establecieron y siempre que resultaren satisfactorios a juicio de la Compañía, el asegurable quedará incorporado al seguro desde la fecha que prevé el Artículo 9°.

Los Asegurados Titulares deberán notificar al Tomador, dentro de los treinta (30) días de producida, cualquier circunstancia que origine variaciones en los asegurados miembros del Grupo Familiar cubiertos en la póliza. En caso de no solicitar su incorporación dentro del plazo referido serán aplicables las disposiciones del párrafo precedente.

ARTÍCULO 9 - FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE CADA CERTIFICADO INDIVIDUAL

Los asegurables que integren la nómina inicial y para los cuales se hubiera solicitado su incorporación a la Póliza hasta las cero (0) horas del día fijado como comienzo de su vigencia y dicha solicitud hubiera sido aprobada por la Compañía, quedarán comprendidos en esta Póliza desde dicha fecha y hora y tendrán cobertura desde el día indicado en las Condiciones Particulares.

Los asegurables que soliciten su incorporación a esta póliza con posterioridad a la fecha de inicio de su vigencia, quedarán comprendidos en las prescripciones de la misma a partir de las cero (0) horas del día siguiente a la fecha en la que el Asegurado Titular solicite el seguro, salvo pacto en contrario inserto en las Condiciones Particulares.

En los casos en que se hubieran exigido requisitos de asegurabilidad, la incorporación en el seguro se producirá a partir de las cero (0) horas del día siguiente a la fecha en la cual la Compañía proceda a la aceptación de las pruebas de asegurabilidad presentadas por el Asegurado Titular, salvo pacto en contrario inserto en las Condiciones Particulares.

Los nuevos miembros del Grupo Familiar:

-Por matrimonio: quedarán comprendidos en la cobertura desde la fecha de enlace, siempre y cuando presenten la solicitud dentro de los treinta (30) días del mismo y cumplan con los requisitos de asegurabilidad exigidos por la Compañía.

-Por nacimiento: quedarán automáticamente incorporados al seguro, desde la fecha del nacimiento, siempre y cuando se presente la solicitud dentro de los treinta (30) días de la fecha mencionada.

-Por convivencia: quedarán comprendidos en la cobertura a partir de la fecha en que el conviviente cumplimente los requisitos de asegurabilidad exigidos por la Compañía. En los casos en que la solicitud de incorporación de los nuevos miembros del grupo familiar se efectúe con posterioridad a los plazos referidos, la Compañía analizará en forma particular cada solicitud y la incorporación al seguro se producirá una vez cumplimentados los requisitos de asegurabilidad requeridos.

La Compañía dispondrá de un plazo de treinta (30) días, contados desde que le fuera presentada la solicitud de incorporación al seguro de un Asegurado Titular y/o de un integrante de su Grupo Familiar y las pruebas de asegurabilidad requeridas, para manifestar la aceptación o rechazo de la cobertura solicitada. Si no se expidiera dentro de dicho plazo, la solicitud se considerará aceptada por la Compañía.

ARTÍCULO 10 - CANTIDAD DE ASEGURADOS TITULARES, PORCENTAJE MÍNIMO DE ADHES

www.previncaseguros.com.ar

   Previncaseguros

Junín 191 - Piso 10 Oficina 3

C.P: S2013DJC · Rosario · Teléfono (0341) 5274720

CUIT: 30-50006614-4

consultas@previncaseguros.com.ar

COTIZACIÓN DE SEGURO

SEGURO MODULAR DE SALUD COLECTIVO

Nro. Cotización: 19685 **Versión:** 0
Intermediario: DARIO RAUL ESTEBAN

Rosario, 9 de marzo de 2026

Es requisito primordial para que este seguro pueda mantenerse en vigencia, en las condiciones pactadas en materia de capitales asegurados y de tasas de primas, que se cumplan la totalidad de los siguientes requisitos:

-La cantidad de Asegurados alcance por lo menos el mínimo indicado en las Condiciones Particulares.

-El porcentaje de Asegurados con relación al total de integrantes del grupo que se hallen en condiciones de ser incorporados al seguro alcance por lo menos el mínimo indicado en las Condiciones Particulares.

-La edad promedio simple del grupo de Asegurados no supere la Edad Promedio Máxima indicada en las Condiciones Particulares.

En todos los casos, en las Condiciones Particulares se aclarará si a efectos del cumplimiento de dichos requisitos se considerará sólo a los Asegurados Titulares o si se considerarán también los integrantes del Grupo Familiar.

Si en un determinado momento no se reunieran los mínimos antes mencionados, la Compañía se reserva el derecho de reducir los capitales asegurados y/o modificar las tasas de primas aplicadas. La Compañía notificará la decisión por escrito al Tomador con una anticipación mínima de treinta (30) días.

Dentro de los quince (15) días de recibida dicha notificación, el Tomador deberá comunicar a la Compañía su eventual disconformidad, caducando la Póliza, la que se considerará rescindida por falta de acuerdo de partes.

En este caso, si correspondiera, se reembolsará la fracción de prima no consumida al momento de la rescisión. La modificación se considerará aprobada si dentro de los quince (15) días de notificado el Tomador no manifestara su disconformidad o guardara silencio.

ARTÍCULO 11 - ELECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL

La elección del Establecimiento Asistencial (Sanatorio, Hospital, Clínica, Instituto, Policlínico, etc.) queda librada a la voluntad del Asegurado.

ARTÍCULO 12 - PRIMAS

Las primas podrán ser calculadas en forma individual para cada Asegurado o en forma colectiva, ya sea para todo el grupo o por grupos de edades. La forma de cálculo de las primas será la establecida en las Condiciones Particulares de esta póliza, de conformidad a las bases técnicas aprobadas.

En cada caso, el mecanismo de cálculo a aplicar será el siguiente:

Tasas de primas individuales

Las primas individuales por cada Asegurado resultarán de aplicar la tasa de prima correspondiente a la edad alcanzada por el mismo sobre su respectivo Capital Asegurado.

Tasas de primas por grupos de edades

La Compañía calculará una tasa de prima media por cada grupo de edades. La tasa de prima media resultará de dividir la suma de las tasas de primas individuales correspondientes a cada Asegurado del grupo aplicadas sobre los respectivos Capitales Asegurados, por la suma de los Capitales Asegurados del grupo.

Las primas individuales a abonar por cada Asegurado resultarán de aplicar la tasa de prima media del grupo al cual pertenece sobre el monto de su Capital Asegurado.

Tasa de prima colectiva

La Compañía calculará una tasa de prima media para todo el grupo. La tasa de prima media resultará de dividir la suma de las tasas de primas individuales correspondientes a cada Asegurado aplicadas sobre los respectivos Capitales Asegurados, por la suma de los Capitales Asegurados.

Las primas a abonar por cada Asegurado resultarán de aplicar la tasa de prima media sobre el monto de su Capital Asegurado.

En todos los casos, el importe de la prima total será igual a la suma de las primas individuales.

Las primas individuales, calculadas por cualquiera de los mecanismos detallados más arriba, podrán ser ajustadas por la Compañía en cada aniversario de la póliza.

La Compañía comunicará por escrito al Tomador las nuevas primas individuales con una anticipación no inferior a treinta (30) días al vencimiento de la anualidad de la póliza.

La diferencia se considerará aprobada y la renovación aceptada por el Tomador si no manifiesta su disconformidad dentro de los treinta (30) días de haber recibido dicha notificación.

ARTÍCULO 13 - PREMIOS

Se define como premio del seguro al importe que surge de adicionar a la prima calculada conforme a lo previsto en esta póliza, los gastos, impuestos, tasas, contribuciones y sellados que pudieran corresponder.

ARTÍCULO 14 - PAGO DE LOS PREMIOS

La forma de pago de los premios, así como su periodicidad y vencimientos, serán los establecidos en las Condiciones Particulares de esta póliza y en los respectivos Certificados Individuales.

Los premios deberán ser abonados por el Tomador a la Compañía bajo la modalidad y periodicidad pactada, en forma ininterrumpida, a través de alguno de los medios de pago estipulados en dichas Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 15 - PLAZO DE GRACIA

La Compañía concede un plazo de gracia de treinta (30) días para el pago, sin recargo de intereses de todos los premios, plazo durante el cual esta póliza continuará en vigor.

Para el pago del primer premio el plazo de gracia se contará desde la fecha de inicio de vigencia de esta póliza. Para el pago de los premios siguientes dicho plazo de gracia se computará a partir de las cero (0) horas de la fecha de vencimiento de los mismos.

En caso de fallecimiento de algún Asegurado, la Compañía tendrá derecho al cobro de la prima correspondiente al mes del fallecimiento.

ARTÍCULO 16 - FALTA DE PAGO DE LOS PREMIOS

Si cualquier premio no fuere abonado dentro del plazo de gracia, la cobertura otorgada por esta póliza quedará automáticamente suspendida, pero el Tomador adeudará a la Compañía el premio correspondiente al mes de gracia, salvo que dentro de dicho plazo hubiese solicitado por escrito su rescisión, en cuyo caso deberá pagar el premio calculado a prorrata por los días transcurridos desde la fecha de inicio del período impago hasta la fecha de recepción, por parte de la Compañía, de tal solicitud.

ARTÍCULO 17 - REHABILITACIÓN

Si por falta de pago de cualquier premio durante el plazo de gracia la cobertura otorgada por esta póliza hubiera sido suspendida, el Tomador podrá obtener su rehabilitación, restituyéndola a sus términos originarios, dentro de los dos meses siguientes al vencimiento del plazo de gracia, mediante el pago total de los premios impagos vencidos.

La rehabilitación del derecho al goce de los beneficios por parte de los Asegurados y consiguiente restablecimiento de la cobertura se operará desde las cero (0) horas del día siguiente a la fecha en que el Tomador haya saldado a la Compañía la totalidad de los premios vencidos.

En los casos en que se proceda a la rehabilitación de la cobertura en los términos del

Junín 191 - Piso 10 Oficina 3

www.previncaseguros.com.ar

   Previncaseguros

C.P: S2013DJC · Rosario · Teléfono (0341) 5274720

CUIT: 30-50006614-4

consultas@previncaseguros.com.ar

COTIZACIÓN DE SEGURO

SEGURO MODULAR DE SALUD COLECTIVO

Nro. Cotización: 19685 **Versión:** 0
Intermediario: DARIO RAUL ESTEBAN

Rosario, 9 de marzo de 2026

presente artículo, no se computará un nuevo período de carencia para las coberturas rehabilitadas.

Vencido el plazo para la rehabilitación y no abonados los premios vencidos, caducarán todos los derechos emergentes de esta Póliza, salvo las obligaciones pendientes a cargo de ambas partes.

ARTÍCULO 18 - CERTIFICADOS INDIVIDUALES

La Compañía proporcionará a cada Asegurado Titular, por intermedio del Tomador, un Certificado Individual en el que se establecerán los derechos y obligaciones de las partes, así como también los beneficios que otorga la presente póliza y la fecha de entrada en vigor del mismo.

El Certificado Individual quedará nulo y sin valor alguno desde la fecha en que el Asegurado deje de estar comprendido en la póliza o desde el momento en que la misma caducara o fuera rescindida.

ARTÍCULO 19 - TERMINACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

La cobertura individual de cada Asegurado terminará en los siguientes casos:

- Por renuncia del Asegurado a continuar en el seguro.
- Por extinción de la relación laboral del Asegurado Titular con el Tomador, en los casos de pólizas colectivas.
- Por dejar de pertenecer al grupo regido por el Tomador, en los casos de pólizas grupales.
- Por la comprobación de errores, simulaciones o fraudes referentes a un Asegurado o relacionados con sus reclamos de beneficio.
- Para los Asegurados Familiares, según se define en el Artículo 4 de estas Condiciones Generales, al fin del mes en el cual pierdan su condición de miembros del Grupo Familiar.
- Al fin del mes en que el Asegurado cumpla la Edad Máxima de Permanencia en el Seguro establecida en las Condiciones Particulares, salvo que hicieren uso de la opción de continuidad prevista en el Artículo 7° de las presentes Condiciones Generales.
- Por muerte del Asegurado.
- En el caso de Asegurados Familiares, al fin del mes en que se produzca la muerte del Asegurado Titular, salvo que hicieren uso de la opción de continuidad prevista en el Artículo 7° de las presentes Condiciones Generales.

Tanto la renuncia que refiere el inciso a) como el retiro del grupo previsto en los incisos b) y c) precedentes, serán comunicados a la Compañía por el Asegurado y/o Tomador; y el Certificado Individual quedará rescindido a partir de las cero (0) del primer día del mes siguiente al de la fecha en que la Compañía haya recibido dicha comunicación.

En todos los casos la rescisión o caducidad del Certificado Individual del Asegurado Titular significará la terminación de la cobertura para los Asegurados Familiares que se encuentren incluidos en dicho Certificado Individual, salvo que hicieren uso de la opción de continuidad prevista en el Artículo 7° de las presentes Condiciones Generales.

En cualquier caso de caducidad o rescisión de esta Póliza, caducarán simultáneamente todos los Certificados Individuales comprendidos en la misma; manteniéndose las obligaciones pendientes por ambas partes.

ARTÍCULO 20 - RIESGOS CUBIERTOS

La Compañía se compromete al pago de los Capitales Asegurados estipulados en las correspondientes Condiciones Particulares que integran esta Póliza, cuando el Asegurado sufra durante la vigencia del seguro, alguna de las contingencias previstas en dichas condiciones.

El otorgamiento del beneficio sólo será procedente respecto de las Condiciones Específicas que cubran el evento previsto y hayan sido expresamente contratadas, según lo especificado en las Condiciones Particulares de la presente póliza.

ARTÍCULO 21 - CAPITALS ASEGURADOS

La forma de determinación de los Capitales Asegurados aplicables para cada cobertura, será la establecida en las Condiciones Particulares de la presente Póliza.

ARTÍCULO 22 - ÁMBITO GEOGRÁFICO DE LA COBERTURA

Las prestaciones, tratamientos y/o diagnósticos que dieran lugar a los beneficios previstos en la presente póliza, podrán ser efectuados tanto en establecimientos de la República Argentina como del exterior debidamente autorizados a tal fin por la autoridad competente en la materia del país en el que fueran realizados y por profesionales habilitados para tal fin en el país en el que desarrollen su profesión.

ARTÍCULO 23 - ENFERMEDADES PREEXISTENTES

A todos los efectos de esta Póliza, se entiende por Enfermedades Preexistentes, las enfermedades o anomalías de tratamiento médico y/o quirúrgico y sus complicaciones, las que por su historia natural requieren un período de tiempo de desarrollo científicamente establecido y hayan sido diagnosticadas con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la cobertura de la respectiva Condición Específica para cada Asegurado.

Quedan expresamente excluidos de la cobertura que otorga la presente póliza todos los siniestros que tengan su origen o deriven de una Enfermedad Preexistente o resulten consecuencia de una Cirugía practicada con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la cobertura de la respectiva Condición Específica para cada Asegurado.

Sin perjuicio de lo expuesto en los párrafos precedentes, se deja expresa constancia que la Compañía cubrirá los siniestros que deriven de enfermedades congénitas y/o adquiridas al nacimiento de los hijos durante la vigencia del seguro, siempre que ambos cónyuges se encuentren asegurados y que el referido hijo sea incluido en el seguro dentro del plazo de treinta (30) días establecido en el Artículo 9° de las presentes Condiciones Generales.

ARTÍCULO 24 - EXCLUSIONES

La Compañía no abonará los beneficios previstos en esta póliza cuando los siniestros se originaran como consecuencia de:

- Intento de suicidio.
- Consumo abusivo de sustancias psicoactivas tales como tóxicos, estupefacientes, drogas y psicotrópicos, salvo prescripción médica.
- Consumo abusivo de alcohol.
- Lesiones que el asegurado se hubiera ocasionado voluntariamente o estando insano.
- Accidentes que se originen a causa de alteraciones mentales, intento de suicidio, drogadicción o alcoholismo.
- Actos de terrorismo, rebelión, sedición, motín, conmoción civil, guerrilla, guerra civil y guerra internacional que no comprenda a la Nación Argentina. En caso de comprenderla, las obligaciones de los Asegurados, como así también las de la Compañía se regirán por las normas que en tal emergencia dictaren las autoridades competentes.
- Participación del Asegurado en empresa criminal.
- Accidente provocado por dolo o culpa grave del Tomador o del Asegurado.
- Actos notoriamente peligrosos que no estén justificados por ninguna necesidad

Junín 191 - Piso 10 Oficina 3

www.previncaseguros.com.ar

C.P: S2013DJC · Rosario · Teléfono (0341) 5274720

   Previncaseguros

CUIT: 30-50006614-4

consultas@previncaseguros.com.ar

COTIZACIÓN DE SEGURO

SEGURO MODULAR DE SALUD COLECTIVO

Nro. Cotización: 19685 **Versión:** 0
Intermediario: DARIO RAUL ESTEBAN

Rosario, 9 de marzo de 2026

profesional, salvo en casos de tentativa de salvamento de vidas o bienes.
j)Uso de material nuclear para cualquier fin, incluyendo explosión nuclear, provocada o no, así como también la contaminación radioactiva o explosión de radiaciones nucleares ionizantes.
k)Epidemia, envenenamiento de carácter colectivo, catástrofes naturales y otras calamidades que afecten a la población masivamente. Quedan comprendidos dentro de la definición de catástrofe, aunque tal enumeración no resulte excluyente de otros diferentes que se pudieran verificar: los terremotos, inundaciones, aluviones, maremotos, erupciones volcánicas, huracanes y vendavales.
l)Accidentes que resulten de competencias en aeronaves o vehículos de motor, competencias de pericia o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre, o de justas hípicas.
m)Accidentes resultantes de la práctica profesional o no de deportes particularmente peligrosos y/u otras actividades riesgosas, incluyendo los entrenamientos.
n)Lesiones o afecciones producidas como consecuencia de prácticas y/o intervenciones experimentales o penadas por ley.
o)Enfermedades infectocontagiosas de denuncia internacional, tales como fiebre amarilla, peste, cólera, viruela, tífus, ébola y H1N1.
p) Tratamiento por esterilidad, impotencia, fertilización, procedimientos anticonceptivos o por cambio de sexo y las consecuencias que deriven de ellos.

ARTÍCULO 25 - INDEMNIZACIONES - PAGOS

Las indemnizaciones originadas en la presente póliza, se abonarán luego de presentada y aprobada la documentación que acredite el derecho de los reclamantes, de conformidad con lo establecido para cada caso en las respectivas Condiciones Específicas, en base a las certificaciones médicas de diagnóstico y tratamiento efectuado, informaciones de Establecimientos Asistenciales legalmente autorizados, documentos y facturas concernientes a servicios dispensados al Asegurado, en caso de corresponder.
En el caso de prestaciones recibidas en Establecimientos Asistenciales del exterior, la documentación a presentar será la que se emita en los países en los cuales haya tenido lugar la prestación y resulte equivalente a la descrita en el presente artículo y/o en los artículos correspondientes de las respectivas Condiciones Específicas.
La Compañía queda facultada para solicitar al Tomador y/o Asegurado, según corresponda, y estos se obligan a proporcionar, toda información médica adicional que ésta necesite con relación a la indemnización a abonar.
Queda expresamente establecido que el Asegurado Titular y/o Familiar, según corresponda, releva del secreto médico a todos los profesionales o instituciones hospitalarias que lo atienden o hubiesen atendido. En caso de menores, es el Asegurado Titular o la persona que ejerza su tutela, la que deberá dar cumplimiento a esta obligación.
El incumplimiento de cualquiera de las disposiciones descriptas precedentemente, hará perder el derecho a la indemnización, salvo que el Tomador y/o el Asegurado, según corresponda, acrediten fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa ni negligencia.
Las indemnizaciones serán abonadas al Asegurado Titular o a su cónyuge, y en caso de fallecimiento de estos, a sus Herederos Legales.
La puesta a disposición de la indemnización a cargo de la Compañía se efectivizará dentro de los 15 días de cumplimentada la documentación necesaria para acreditar el derecho a la indemnización reclamada, de conformidad a lo establecido en las respectivas Condiciones Específicas.

ARTÍCULO 26 - PLAZO DE PRUEBA

La Compañía, dentro de los quince (15) días de recibida la denuncia del siniestro y las constancias o comprobaciones que se establezcan en las Condiciones Específicas

para cada cobertura, deberá hacer saber al Tomador y/o Asegurado, según corresponda, la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones exigidas en cada caso no resultaran concluyentes en cuanto al diagnóstico y/o existencia de la enfermedad y/o invalidez, o respecto de la necesidad y/o procedencia de la práctica y/o Intervención Quirúrgica, la Compañía podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de treinta (30) días a fin de confirmar los mismos. La falta de contestación, por parte de la Compañía dentro del plazo establecido, significará automáticamente el reconocimiento del beneficio reclamado.

ARTÍCULO 27 - RESCISIÓN DE LA PÓLIZA

Sin perjuicio de las demás causales de rescisión y caducidad ya previstas, esta póliza podrá ser rescindida por el Tomador, previo aviso por escrito remitido con una anticipación no menor de treinta (30) días a cualquier vencimiento de premios. Producida la rescisión, la Compañía continuará cubriendo aquellos siniestros ocurridos durante la vigencia de esta póliza.

ARTÍCULO 28 - CESIONES

A requerimiento del Asegurado, los derechos emergentes de esta Póliza y de los Certificados Individuales respectivos, pueden ser transferidos, en forma total o parcial, a favor de Establecimientos Asistenciales y/o Agentes del Seguro de Salud y/u otras personas humanas o jurídicas, debiendo dicha transferencia ser previamente aprobada por la Compañía. Toda otra cesión o transferencia se considerará nula y sin efecto alguno.

ARTÍCULO 29 - VALUACIÓN POR PERITOS

Si entre el Asegurado o el Tomador y la Compañía surgiere alguna controversia en cuanto a la interpretación de los términos y condiciones de esta Póliza, así como en la evaluación o liquidación de cualquier indemnización, dicha controversia podrá someterse a un Tribunal Profesional compuesto de dos médicos, elegidos uno por cada parte, los cuales deberán producir dictamen dentro de un período no mayor de treinta (30) días contados desde el momento de la aceptación a formar parte del tribunal.
Si una de las partes omitiese designar médico dentro del octavo (8) día de requerido por la otra, la parte más diligente, previa intimación a la otra, procederá a su designación.
De no llegar a acuerdo alguno, ellos designarán en un plazo no mayor a los ocho (8) días, un tercer médico para dictaminar sobre el diferendo. Dicho miembro deberá elevar, dentro de los quince (15) días, un informe sobre el caso, y sus conclusiones serán inapelables.
Los honorarios y gastos de los médicos de las partes estarán a su respectivo cargo y los del tercero serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo, salvo el caso de equidistancia en que se pagará por mitades entre las partes.

ARTÍCULO 30 - DENUNCIA DE OTROS SEGUROS

Los Asegurados que estuvieren comprendidos en otros seguros análogos al presente, contratados con la Compañía u otra entidad aseguradora, deberán comunicarlo en forma expresa a la Compañía y la misma podrá limitar el importe del Capital Asegurado.
Si tales seguros no fueren declarados, la Compañía solamente considerará válido el seguro de mayor Capital Asegurado y esta tendrá como única obligación devolver el importe de las primas percibidas por el exceso de cobertura, capitalizadas a la tasa de interés técnica.

COTIZACIÓN DE SEGURO

SEGURO MODULAR DE SALUD COLECTIVO

Nro. Cotización: 19685 Versión: 0
Intermediario: DARIO RAUL ESTEBAN

Rosario, 9 de marzo de 2026

ARTÍCULO 31 - DUPLICADOS DE PÓLIZA O DE CERTIFICADO

Si como consecuencia de robo, pérdida, destrucción o por cualquier otra causa, esta Póliza o cualquier Certificado Individual, dejara de hallarse en poder del Tomador o del Asegurado Titular, respectivamente, éstos podrán obtener un duplicado en sustitución de la Póliza o Certificado Individual original. Las modificaciones o suplementos que se incluyan en el duplicado, a pedido del Tomador o del Asegurado Titular, según el caso, serán los únicos válidos.

ARTÍCULO 32 - IMPUESTOS, TASAS Y CONTRIBUCIONES

Los impuestos, tasas y contribuciones de cualquier índole y jurisdicción creadas y/o a crearse en el futuro o los aumentos de los ya existentes, estarán a cargo del Tomador o de los Asegurados Titulares, según el caso, salvo cuando la ley los declare expresamente a cargo exclusivo de la Compañía.

ARTÍCULO 33 - FACULTADES DEL PRODUCTOR O AGENTE

El Productor o Agente de Seguros, cualquiera sea su vinculación con la Compañía, autorizado por ésta para la mediación, sólo está facultado con respecto a las operaciones en las cuales interviene, para:

- Recibir propuestas de celebración y modificación de contratos de seguros.
- Entregar los instrumentos emitidos por la Compañía, referentes a contratos o a sus prórrogas.

ARTÍCULO 34 - DOMICILIO

El domicilio en el que las partes deben efectuar las denuncias, declaraciones y demás comunicaciones previstas en este contrato o en la Ley de Seguros Nro. 17.418, es el último declarado por ellas.

ARTÍCULO 35 - JURISDICCIÓN

Toda controversia judicial que se plantee en relación al presente contrato, se substanciará a opción del Tomador y/o Asegurado, ante los jueces competentes del domicilio del Tomador y/o del Asegurado o el lugar de ocurrencia del siniestro, siempre que sea dentro de los límites del país.

Sin perjuicio de ello, el Tomador y/o Asegurado o sus derecho-habientes, podrán presentar sus demandas contra la Compañía ante los tribunales competentes del domicilio de la sede central o sucursal donde se emitió la póliza e igualmente se tramitarán ante ellos las acciones judiciales relativas al cobro de primas.

CLÁUSULA ANEXA A CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA DE INTERPRETACIÓN

A los efectos de la presente póliza, déjense expresamente convenidas las siguientes reglas de interpretación, asignándose a los vocablos utilizados los significados y equivalencias que se consignan:

I. Definiciones:

1. Guerra Internacional: Es: i) la guerra declarada oficialmente o no, entre dos o más países, con la intervención de fuerzas regulares o irregulares organizadas militarmente, participen o no civiles en ellas, o ii) la invasión a un país por las fuerzas regulares o irregulares organizadas militarmente de otro país, y aunque en ellas participen civiles de este último o iii) las operaciones bélicas o de naturaleza similar llevadas a cabo por uno o más país(es) en contra de otro(s) país(es).

2. Guerra Civil: Es un estado de lucha armada entre los habitantes de un país o entre los habitantes y las fuerzas armadas regulares de dicho país, caracterizado por la organización militar de los contendientes, aunque sea rudimentaria, cualquiera fuese su extensión geográfica, intensidad o duración, participen o no civiles en ella, y cuyo objeto sea derrocar al gobierno del país o a alguno o todos los poderes constituidos, o lograr la secesión de una parte de su territorio.

3. Guerrilla: Es un acto(s) de violencia, fuerza, hostigamiento, amenaza, agresión o de naturaleza equivalente o similar llevado(s) a cabo contra cualquier autoridad pública de un país o contra su población en general o contra algún sector de ella o contra bienes ubicados en el mismo, por un grupo(s) armado(s), civiles o militarizados, y organizados a tal efecto -aunque lo sea en forma rudimentaria- y que i) tiene(n) por objeto provocar el caos, o atemorizar a la población, o derrocar al gobierno de dicho país, o lograr la secesión de una parte de su territorio, o ii) en el caso que no se pueda probar tal objeto, produzca(n), de todas maneras, alguna de tales consecuencias.

4. Rebelión, Insurrección o Revolución: Es un alzamiento armado total o parcial de las fuerzas armadas de un país sean éstas regulares o no y participen o no civiles en él- contra el gobierno de dicho país, con el objeto de derrocarlo o lograr la secesión de una parte de su territorio. Se entienden equivalentes a rebelión, insurrección o revolución, otros hechos que encuadren en los caracteres descriptos, como ser: sublevación, usurpación del poder, insubordinación o conspiración.

5. Conmoción Civil: Es un levantamiento popular organizado en un país, aunque lo sea en forma rudimentaria, que genera violencia o incluso muertes y daños y pérdidas a bienes, aunque no sea con el objeto definido de derrocar al gobierno de un país o lograr la secesión de una parte de su territorio.

6. Terrorismo: Es un acto(s) de violencia, fuerza, hostigamiento, amenaza, agresión o de naturaleza equivalente o similar, llevados a cabo contra cualquier autoridad pública de un país, su población en general o contra algún sector de ella, o los bienes ubicados en el mismo, o la concreción de un acto(s) peligroso para la vida humana; o que interfirieran o impidan el normal funcionamiento de cualquier sistema electrónico o de comunicación, por cualquier persona(s) o grupo(s) de personas, actuando solo(s) o en representación o en conexión con cualquier organización(es) o con fuerzas militares de un país extranjero -aunque dichas fuerzas sean rudimentarias- o con el gobierno de un país extranjero; ya sea que estos actos fueran cometidos debido a razones políticas, religiosas, ideológicas o razones similares o equivalentes, y: i) que tengan por objeto: a) provocar el caos o atemorizar o intimidar a la población o a parte de ella, o b) influenciar o derrocar al gobierno de dicho país, o c) lograr la secesión de parte de su territorio, o d) perjudicar cualquier segmento de la economía; ii) que, en caso de que dicho objeto no pueda probarse, produzca, en definitiva, cualquiera de dichas consecuencias; iii) también se entenderá como terrorismo cualquier acto(s) verificado(s) o reconocido(s) como tal(es) por el gobierno argentino. No se consideran hechos de terrorismo aquellos aislados y esporádicos de simple malevolencia que no denotan algún rudimento de organización.

7. Sedición o Motín: Se entiende por tal al accionar de grupos (armados o no) que se

Junín 191 - Piso 10 Oficina 3

www.previncaseguros.com.ar

C.P: S2013DJC · Rosario · Teléfono (0341) 5274720

   Previncaseguros

CUIT: 30-50006614-4

consultas@previncaseguros.com.ar

COTIZACIÓN DE SEGURO

SEGURO MODULAR DE SALUD COLECTIVO

Nro. Cotización: 19685 Versión: 0
Intermediario: DARIO RAUL ESTEBAN

Rosario, 9 de marzo de 2026

alzan contra las autoridades constituidas del lugar, sin rebelarse contra el Gobierno Nacional o que se atribuyen los derechos del pueblo, tratando de arrancar alguna concesión favorable a su pretensión. Se entienden equivalentes a los de sedición otros hechos que encuadren en los caracteres descriptos, como ser: asonada, conjuración.

8. Tumulto Popular: Se entiende por tal a una reunión multitudinaria (organizada o no) de personas, en la que uno o más de sus participantes intervienen en desmanes o tropelías, en general sin armas, pese que algunos las emplearen. Se entienden equivalentes a los hechos de tumulto popular otros hechos que encuadren en los caracteres descriptos, como ser: alboroto, alteración del orden público, desórdenes, disturbios, revuelta.

9. Vandalismo: Se entiende por tal al accionar destructivo de turbas que actúan irracional o desordenadamente.

10. Huelga: Se entiende por tal a la abstención concertada de concurrir al lugar de trabajo o de trabajar, dispuesta por entidades gremiales de trabajadores (reconocidas o no oficialmente) o por núcleos de trabajadores al margen de aquellas. No se tomará en cuenta la finalidad gremial o extra gremial que motivó la huelga, así como tampoco su calificación de legal o ilegal.

11. Lock Out: Se entiende por tal: a) el cierre de establecimientos de trabajo dispuesto por uno o más empleadores o por entidad gremial que los agrupa (reconocida o no oficialmente), o b) el despido simultáneo de una multiplicidad de trabajadores que paralice total o parcialmente la explotación de un establecimiento. No se tomará en cuenta la finalidad gremial o extra gremial que motivó el lock out, así como tampoco su calificación de legal o ilegal.

II. Atentado, depredación, devastación, intimidación, sabotaje, saqueo u otros hechos similares, en tanto encuadren en los respectivos caracteres descriptos en el apartado I, se consideran hechos de guerra internacional o guerra civil, de guerrilla, de rebelión insurrección o revolución, de conmoción civil, de terrorismo, de sedición o motín, de tumulto popular, de vandalismo, de huelga o de lock out.

III. Los hechos dañosos originados en la prevención o represión por la autoridad o fuerza pública de los hechos descriptos seguirán su tratamiento en cuanto a su cobertura o exclusión del seguro.

INGRESO DIRECTO DE LOS PREMIOS POR EL ASEGURADO TITULAR

Se deja expresa constancia que contrariamente a lo previsto en el Artículo 14° de las Condiciones Generales, las partes acuerdan que cada Asegurado Titular resultará responsable de ingresar el premio de su seguro en forma directa a la Compañía. En consecuencia, las estipulaciones del "Artículo 15° - Plazo de Gracia", del "Artículo 16° - Falta de Pago de los Premios" y del "Artículo 17° - Rehabilitación" deberán interpretarse en relación a cada Certificado Individual

CONDICIONES ESPECIFICAS

Cobertura de Enfermedades Graves

ARTÍCULO 1 - RIESGO CUBIERTO

La Compañía concederá el beneficio previsto en caso de diagnosticarse al Asegurado

por primera vez durante la vigencia de la cobertura, alguna de las Enfermedades Graves definidas en el artículo siguiente y con el alcance previsto para las mismas en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 2 - DEFINICIÓN DE LAS ENFERMEDADES CUBIERTAS

2.1 - Cáncer: se entiende por esta enfermedad toda forma de crecimiento descontrolado de células malignas positivamente diagnosticado como cáncer -neoplasia maligna- por un profesional especializado mediante un estudio Anatómo-Patológico. A efectos de que proceda la cobertura prevista para la presente enfermedad el diagnóstico debe ocurrir por primera vez dentro de la vigencia de la cobertura y no deben existir manifestaciones previas en exámenes clínicos o estudios complementarios. Quedan incluidos en la cobertura la Leucemia (salvo la exclusión expresa prevista en el Artículo 6 de las presentes Condiciones Específicas), los Linfomas y la Enfermedad de Hodgkin.

2.2 - Infarto Agudo de Miocardio: se entiende por esta enfermedad la necrosis de una porción del músculo cardíaco como consecuencia de una o más obstrucciones en las arterias coronarias, que sea diagnosticado por enzimas, nuevas alteraciones en el electrocardiograma y/o métodos de diagnóstico por imagen.

2.3 - Accidente Cerebro Vascular: se entiende por esta enfermedad a la interrupción del riego sanguíneo cerebral que provoque una necrosis del tejido cerebral y genere un daño neurológico permanente, sin otra causa que el origen vascular. A efectos que proceda la cobertura prevista para la presente enfermedad, deben verificarse la totalidad de las siguientes condiciones:

-El incidente debe producir un daño neurológico permanente; como parálisis o paresia en algún miembro, trastornos en el habla, entre otros.

-La evidencia del daño neurológico permanente debe ser confirmada por un neurólogo.

-El daño debe mantenerse por más de 6 semanas desde el inicio del accidente cerebro-vascular.

En caso que el Asegurado falleciera dentro del período de 6 semanas a causa de esta enfermedad, el Capital Asegurado se pagará a quien corresponda conforme lo establecido en las Condiciones Generales.

ARTÍCULO 3 - PERÍODO DE CARENANCIA

La cobertura de cada Asegurado bajo esta Condición Específica se iniciará luego de transcurrido el período de carencia con pago de premios estipulado para cada enfermedad en las Condiciones Particulares, contado desde la fecha de inicio de vigencia de la cobertura de dicha enfermedad para el referido Asegurado. Ningún beneficio se otorgará si el diagnóstico de la enfermedad acontece durante este período de carencia.

El período de carencia no regirá en los casos que la enfermedad tuviera su origen en un accidente ocurrido luego de la fecha de inicio de vigencia de la cobertura de la presente Condición Específica para cada Asegurado.

ARTÍCULO 4 - BENEFICIO

La Compañía abonará el Capital Asegurado previsto para cada una de las Enfermedades Cubiertas, una vez comprobado el diagnóstico de alguna de las enfermedades arriba definidas, con verificación por parte de la auditoría médica.

El Capital Asegurado por cada Enfermedad será abonado por la Compañía cada vez que se efectúe un nuevo diagnóstico al Asegurado, siempre que la nueva Patología no tenga relación alguna con la anteriormente denunciada.

Si como producto de un mismo hecho generador (una misma enfermedad o accidente), se vieran afectadas dos o más coberturas previstas en estas Condiciones Específicas, sólo se abonará el mayor de los capitales asegurados para las diversas

Junín 191 - Piso 10 Oficina 3

www.previncaseguros.com.ar

C.P: S2013DJC · Rosario · Teléfono (0341) 5274720

   Previncaseguros

CUIT: 30-50006614-4

consultas@previncaseguros.com.ar

COTIZACIÓN DE SEGURO

SEGURO MODULAR DE SALUD COLECTIVO

Nro. Cotización: 19685 Versión: 0
Intermediario: DARIO RAUL ESTEBAN

Rosario, 9 de marzo de 2026

coberturas afectadas.

La Compañía, comprobado el siniestro y en caso de corresponder, pondrá a disposición del Asegurado el importe del Capital Asegurado especificado en las Condiciones Particulares.

Este beneficio es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza.

2) La angina de pecho estable o inestable.

Accidente Cerebro Vascular:

Quedan excluidos de esta cobertura:

1) Los Accidentes Cerebro Vasculares transitorios.

2) Las lesiones cerebrales causadas por traumatismo; hipoxia o reducción crítica de oxígeno.

ARTÍCULO 5 - REQUISITOS PARA LA VALIDEZ DEL DIAGNÓSTICO

Es carga del Tomador, Asegurado o su representante:

a) Comunicar la enfermedad cubierta dentro de los 30 días de diagnosticada la misma, salvo que en las Condiciones Particulares se hubiera pactado un plazo mayor.

b) Presentar a la Compañía dentro de los 60 días de la fecha de diagnóstico, salvo que en las Condiciones Particulares se hubiera pactado un plazo mayor, un informe escrito emitido por un especialista, con el diagnóstico de su enfermedad, en formulario provisto por la Compañía, acompañado de documentación respaldatoria originada en estudios clínicos, radiológicos, histológicos o de laboratorio, según corresponda al tipo de enfermedad padecida.

La omisión o la demora en tal comunicación o suministro de la documentación solicitada, puntos a) y b), dará lugar a la pérdida del derecho del Asegurado a percibir el beneficio previsto en esta Condición Específica, salvo en los casos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

La Compañía queda facultada a solicitar al Asegurado, y éste se obliga a proporcionar, toda información médica adicional que ésta necesite con relación a la indemnización a abonar.

Cobertura De Intervenciones Quirúrgicas De Alta Complejidad

ARTÍCULO 1 - RIESGO CUBIERTO

La Compañía concederá el beneficio previsto cuando el Asegurado sea sometido a alguna de las intervenciones quirúrgicas que figuran en el Listado de Beneficios Previstos para Intervenciones Quirúrgicas de Alta Complejidad, que forma parte integrante de las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 2 - PERÍODO DE CARENIA

La cobertura de cada Asegurado bajo esta Condición Específica se iniciará luego de transcurrido el período de carencia con pago de premios estipulado para cada intervención en las Condiciones Particulares, contado desde la fecha de inicio de vigencia de la cobertura de dicha intervención para el referido Asegurado.

Ningún beneficio se otorgará si la necesidad de efectuar la intervención surge durante los períodos de carencia mencionados.

El período de carencia no regirá en los casos que la intervención sea ocasionada por accidente ocurrido luego de la fecha de inicio de vigencia de la cobertura de la presente Condición Específica para cada Asegurado.

ARTÍCULO 3 - BENEFICIO

La Compañía, una vez comprobada la realización de la intervención, con verificación por parte de la auditoría médica, abonará el Capital Asegurado previsto para cada intervención en el Listado de Beneficios Previstos para Intervenciones Quirúrgicas de Alta Complejidad.

En caso que la intervención quirúrgica tenga lugar fuera del territorio de la República Argentina, el Capital Asegurado a abonarse será el resultante de multiplicar el Capital Asegurado previsto para cada intervención en el Listado de Beneficios Previstos para Intervenciones Quirúrgicas de Alta Complejidad, por el coeficiente para Intervenciones Quirúrgicas en el Exterior estipulado en Condiciones Particulares.

Los beneficios podrán utilizarse durante cada año póliza tantas veces como sea necesario por enfermedades o accidentes diferentes, salvo que se hubiera previsto un "Límite Máximo Anual de Responsabilidad por Asegurado", de conformidad a lo establecido en el artículo 6° de las presentes Condiciones Específicas.

Si en el curso de una intervención quirúrgica se efectuaren dos o más operaciones por una o varias vías, se indemnizará el cien por ciento (100%) de la intervención de mayor valor y el cincuenta por ciento (50%) del mayor monto correspondiente a las demás.

En caso que un tratamiento quirúrgico se efectuase mediante intervenciones repetidas por programación, complicaciones o secuelas, estas serán consideradas como una sola y la Compañía abonará al Asegurado el mayor de los capitales correspondientes.

La Compañía, comprobado el siniestro y en caso de corresponder, pondrá a disposición del Asegurado el importe del Capital Asegurado especificado en las

Cáncer:

Quedan excluidos de esta cobertura:

1) Toda forma de tumores benignos.

2) Los estadios precoces de los tumores malignos, entendiéndose por tales a todas aquellas neoplasias que logran su curación total con gestos mínimos de tratamiento y/o prácticas médicas, cuyos costos de curación resultan de bajo impacto económico, quedando incluidos entre otros los siguientes:

a) Etapa A del Cáncer del Colon de la clasificación de Dukes.

b) Etapa A del Cáncer de la próstata, o cánceres prostáticos que histológicamente son descriptos en la clasificación TNM como T1 (incluyendo T1 (a) ó T1 (b) o que son de otra clasificación equivalente o menor).

c) Tumores que presentan los cambios malignos del carcinoma in situ (incluyendo la displasia cervical CIN-1, CIN-2 y CIN-3) o aquellos descriptos como lesiones premalignas, tumores benignos o pólipos.

d) Carcinoma in situ, no invasivo.

e) Melanomas de menos de 1.5 mm de espesor, determinado por examen histológico, o invasión menor del nivel de Clark 3.

3) Cualquier Cáncer de la piel, excepto el melanoma maligno invasor de la dermis o a mayor profundidad; todas las hiperqueratosis o los carcinomas basocelulares de la piel.

4) La leucemia linfática crónica.

5) Metástasis de cualquier tipo.

Infarto Agudo de Miocardio:

Quedan excluidos de esta cobertura:

1) Los infartos silenciosos y/o aquellos que no tuvieron tratamiento por no haber sido detectados.

Junín 191 - Piso 10 Oficina 3

www.previncaseguros.com.ar

C.P: S2013DJC · Rosario · Teléfono (0341) 5274720

   Previncaseguros

CUIT: 30-50006614-4

consultas@previncaseguros.com.ar

COTIZACIÓN DE SEGURO

SEGURO MODULAR DE SALUD COLECTIVO

Nro. Cotización: 19685 Versión: 0
Intermediario: DARIO RAUL ESTEBAN

Rosario, 9 de marzo de 2026

Condiciones Particulares.

Este beneficio es adicional e independiente de los demás beneficios previstos en la póliza.

ARTÍCULO 4 - REQUISITOS PARA LA VALIDEZ DEL DIAGNÓSTICO

Es carga del Tomador, Asegurado o su representante:

- Comunicar a la Compañía la intervención dentro de los 30 días de realizada la misma, salvo que en las Condiciones Particulares se hubiera pactado un plazo mayor.
- Presentar a la Compañía dentro de los 60 días de realizada la intervención, salvo que en las Condiciones Particulares se hubiera pactado un plazo mayor, un informe escrito emitido por un especialista, con el diagnóstico y tratamiento efectuado, en formulario provisto por la Compañía, acompañado de documentación respaldatoria originada en certificaciones y resultados de estudios practicados.

La omisión o la demora en tal comunicación o suministro de la documentación solicitada, puntos a) y b), dará lugar a la pérdida del derecho del Asegurado a percibir el beneficio previsto en esta Condición Específica, salvo en los casos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

La Compañía queda facultada a solicitar al Asegurado, y éste se obliga a proporcionar, toda información médica adicional que ésta necesite con relación a la indemnización a abonar.

ARTÍCULO 5 - EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

Quedan excluidos de la cobertura:

- Cirugías cosméticas y/o plásticas, excepto aquellas para las que se compruebe que poseen una finalidad reparadora de una función afectada por eventos cubiertos por esta póliza.
- Tratamientos por obesidad y/o rejuvenecimiento, en sus diversas modalidades.
- Intervenciones quirúrgicas ilícitas o de carácter experimental o realizadas en instituciones o por personal no habilitado legalmente, teniendo conocimiento de tales circunstancias.

ARTÍCULO 6 - LÍMITE MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD POR ASEGURADO

Podrá pactarse la inclusión de un Límite Máximo Anual de Responsabilidad por Asegurado por todos los siniestros ocurridos cubiertos por la presente Condición Específica durante cada año de vigencia de la cobertura para dicho Asegurado. En tal caso, la responsabilidad máxima a asumir por la Compañía por cada Asegurado cubierto por esta póliza durante cada año de vigencia de la cobertura y por todos los siniestros ocurridos cubiertos por la presente Condición Específica, queda limitada a la suma máxima establecida en las Condiciones Particulares como Límite Máximo Anual de Responsabilidad por Asegurado.

Cobertura para Trasplantes de Órganos

ARTÍCULO 1 - RIESGO CUBIERTO

La Compañía concederá el beneficio previsto cuando el Asegurado sea sometido, como Receptor, a alguno de los trasplantes que se detallan en las Condiciones Particulares.

La Compañía no cubrirá los retrasplantes, aun cuando los mismos sean requeridos por haberse producido el rechazo por parte del paciente del órgano trasplantado. En dichos casos, la Compañía sólo abonará el capital correspondiente al primer trasplante, sin adeudar capital alguno por los reemplazos que pudieran efectuarse.

ARTÍCULO 2 - DEFINICIÓN DE LOS TRASPLANTES CUBIERTOS

Se define trasplante como la transferencia de órganos que puede ser: desde un individuo vivo (aloinjertos), del mismo individuo (autoinjertos) o de un cadáver (cadavérico).

Las indemnizaciones previstas en las presentes Condiciones Específicas no incluyen, en ningún caso, la provisión de órganos, quedando en un todo de acuerdo a las leyes nacionales establecidas al respecto.

2.1 - Trasplante de Médula Ósea: trasplante para el tratamiento de Enfermedades Hematológicas Malignas que no pueden ser resueltas por vía medicamentosa; y como adyuvante en otras Enfermedades Oncológicas

2.2 - Trasplante Hepático: trasplante del órgano para el Asegurado que presente insuficiencia hepática crónica o aguda terminal, y cuando se hayan agotado todos los tratamientos alternativos posibles.

2.3 - Trasplante Pulmonar: trasplante del órgano para el Asegurado con insuficiencia respiratoria irreversible, para quien no exista tratamiento alternativo.

2.4 - Trasplante Cardiopulmonar: trasplante cardio-pulmonar para el Asegurado con insuficiencia cardiorrespiratoria irreversible, para quien no exista tratamiento alternativo.

2.5 - Trasplante Cardíaco: trasplante del órgano para el Asegurado que presenta insuficiencia terminal irreversible y cuando se hayan agotado todos los tratamientos alternativos disponibles.

2.6 - Trasplante Renal: trasplante del órgano para el Asegurado con insuficiencia renal crónica y que se encuentre en tratamiento de hemodiálisis o diálisis peritoneal.

2.7 - Trasplante de Páncreas: trasplante del órgano para el Asegurado con lesiones traumáticas o degenerativas o para el tratamiento de enfermedades sistémicas, sin otra alternativa para mantener la vida.

2.8 - Trasplante Reno-Pancreático: trasplante reno-pancreático para el Asegurado con insuficiencia renal crónica terminal y diabetes o como complicación de diabetes en pacientes insulino-dependientes.

2.9 - Trasplante de Intestino: trasplante del órgano para el Asegurado con función intestinal alterada o agenesia congénita, especialmente si requiere nutrición parenteral, cuando sea la última solución terapéutica para el tratamiento de su insuficiencia intestinal.

2.10 - Trasplante de Córnea: trasplante del órgano para el Asegurado con lesiones traumáticas o degenerativas, sin otra alternativa terapéutica para mantener o recuperar la visión.

2.11 - Implante de Cóclea: implante de cóclea para el Asegurado con lesiones severas de sordera profunda, sin alternativa terapéutica de recuperar su audición.

ARTÍCULO 3 - PERÍODO DE CARENIA

La cobertura de cada Asegurado bajo esta Condición Específica se iniciará luego de transcurrido el período de carencia con pago de premios estipulado en las Condiciones Particulares, contado desde la fecha de inicio de vigencia de esta cobertura para el referido Asegurado.

Ningún beneficio se otorgará si la enfermedad que diera origen al trasplante de órganos es diagnosticada durante este plazo de carencia.

El período de carencia no regirá en los casos que el trasplante sea ocasionado por accidente ocurrido luego de la fecha de inicio de vigencia de la cobertura de la presente Condición Específica para cada Asegurado.

ARTÍCULO 4 - BENEFICIO

La Compañía, una vez comprobada la realización del trasplante, con verificación por parte de la auditoría médica, abonará al Asegurado el Capital Asegurado previsto para

Junín 191 - Piso 10 Oficina 3

www.previncaseguros.com.ar

C.P: S2013DJC · Rosario · Teléfono (0341) 5274720

   Previncaseguros

CUIT: 30-50006614-4

consultas@previncaseguros.com.ar

COTIZACIÓN DE SEGURO

SEGURO MODULAR DE SALUD COLECTIVO

Nro. Cotización: 19685 **Versión:** 0
Intermediario: DARIO RAUL ESTEBAN

Rosario,9 de marzo de 2026

cada trasplante en las Condiciones Particulares.

En caso de efectuarse simultáneamente más de un trasplante de los detallados en el listado referido, se abonará el de mayor capital asegurado y se adicionará el 20% del capital asegurado correspondiente al trasplante de menor valor.

La Compañía, comprobado el siniestro y en caso de corresponder, pondrá a disposición del Asegurado el importe del Capital Asegurado especificado en las Condiciones Particulares o en el respectivo Certificado Individual.

Este beneficio es adicional e independiente de los demás previstos en la póliza.

ARTÍCULO 5 - REQUISITOS PARA LA VALIDEZ DEL DIAGNÓSTICO

La implantación de órganos se reconocerá cuando se hayan agotado todos los otros medios y recursos disponibles o sean inconvenientes o insuficientes como alternativa terapéutica de salud o conservación de la vida.

Para cualquier solicitud de indemnización por trasplante es condición ineludible e indispensable haberlo comunicado previamente al I.N.C.U.C.A.I y/o a los organismos provinciales competentes, o a los organismos que en el futuro pudieran reemplazarlos, y contar con su aprobación fehaciente.

Es indispensable, asimismo, que se cumplan en todas sus partes, las disposiciones de la Ley de Trasplantes de Órganos, sus modificatorias y reglamentaciones.

Es carga del Tomador, Asegurado o su representante:

- Comunicar la intervención/trasplante cubierto, dentro de los 30 días de efectuado el mismo, salvo que en las Condiciones Particulares se hubiera pactado un plazo mayor.
- Presentar a la Compañía dentro de los 60 días de la fecha de realizado el trasplante, salvo que en las Condiciones Particulares se hubiera pactado un plazo mayor, un informe escrito emitido por un especialista, con el diagnóstico de su enfermedad y el tipo de trasplante efectuado, en formulario provisto por la Compañía, acompañado de documentación respaldatoria originada en certificaciones y resultado de estudios practicados.

La omisión o la demora en la comunicación o suministro de la documentación solicitada, puntos a) y b), dará lugar a la pérdida del derecho del Asegurado a percibir el beneficio previsto en esta Condición Específica, salvo en los casos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

La Compañía queda facultada a solicitar al Asegurado, y éste se obliga a proporcionar, toda información médica adicional que ésta necesite con relación a la indemnización a abonar.

ARTÍCULO 6 - EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

Quedan excluidos de la cobertura:

- Trasplantes ilícitos o de carácter experimental o realizados en instituciones o por personal no habilitado legalmente, teniendo conocimiento de tales circunstancias.
- Los trasplantes de médula ósea secundaria a aplasias medulares provocadas por tratamientos oncológicos que requieran autotrasplante de células medulares. Sólo están incluidos los trasplantes de médula ósea como consecuencia de patologías primarias de la misma.
- Aquellas personas que, a su ingreso o reingreso al seguro estén con indicación formal de trasplante de órganos, en tratamientos oncológicos de cualquier naturaleza o en hemodiálisis crónica, en cualquiera de sus formas, o se encuentre en lista de espera del INCUCAI.
- Todo tipo de homologación u operaciones que no sean los trasplantes de órganos humanos estipulados, así como todo trámite referido directa o indirectamente a la provisión de órganos.
- Los trasplantes de órganos transgénicos, animales, mecánicos o transitorios.

Junín 191 - Piso 10 Oficina 3

www.previncaseguros.com.ar

C.P: S2013DJC · Rosario · Teléfono (0341) 5274720

   Previncaseguros

CUIT: 30-50006614-4

consultas@previncaseguros.com.ar