

FORMULAN ACUERDO. SOLICITAN HOMOLOGACION

Señor Juez:

Lorena Vanesa Totino, abogada (T° 69 F° 387 CPACF), y Claudio Alberto Defilippi, abogado (T° 38 F° 600 CPACF), ambos en su carácter de letrados apoderados de **ADUC Asociación por la Defensa de Usuarios y Consumidores** (en adelante, "**ADUC**"), manteniendo el domicilio constituido en la calle Lavalle 1646, piso 7°, departamento "A", Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el electrónico en el CUIL 27-25371265-7, y **Matías Horacio Ferrari**, abogado (T° 96 F° 185 CPACF), en su carácter de letrado apoderado de **Banco Patagonia S.A.** (en adelante, el "**Banco**" y/o "**Banco Patagonia**"), manteniendo el domicilio en Av. Corrientes 485, piso 9°, Ciudad Autónoma de Buenos Aires y domicilio electrónico en el CUIL 20-27284578-7; en los autos caratulados "**ASOCIACION POR LA DEFENSA DE USUARIOS Y CONSUMIDORES (ADUC) C/ BANCO PATAGONIA S.A. Y OTROS S/ORDINARIO**" (Expte. N° 34169/2015), que tramita ante el Juzgado Nacional de Primera Instancia en lo Comercial N° 9, Secretaría N° 18, a V.S. respetuosamente decimos:

I. OBJETO

Que las partes de este proceso hemos arribado a un acuerdo transaccional bajo los términos y condiciones que se describen en el capítulo siguiente (en adelante, el "**Acuerdo**") con el objeto de poner fin a las presentes actuaciones y a la controversia que le dio lugar una vez que el Acuerdo sea homologado de manera firme y con efecto de cosa juzgada formal y material en la instancia pertinente.

En consecuencia, solicitamos a V.S. que tenga por presentado este Acuerdo y disponga su homologación en su totalidad y sin modificaciones por la vía procesal pertinente que corresponda en derecho.

II. TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL ACUERDO

II.1. Definiciones

- Acuerdo: es el acuerdo transaccional cuyos términos y condiciones se describen en el presente y sus anexos.

- Actora: es ADUC Asociación por la Defensa de Usuarios y Consumidores.

- Demandada: es Banco Patagonia S.A.

- Co-Demandados: son Prisma Medios de Pago S.A. (en adelante, "VISA"), First Data Cono Sur S.R.L. -actualmente, Fiserv Argentina S.R.L.- (en adelante, "MasterCard") y American Express Argentina S.A. (en adelante, "AMEX").

- Demandados: son la Demandada y los Co-Demandados.

- Partes del Acuerdo: son la Actora y la Demandada.

- Partes del Proceso: son la Actora, la Demandada y los Co-Demandados.

- Producto Objeto de Autos: se trata de la comisión por mantenimiento de cuenta en tarjetas de crédito emitidas por la Demandada.

II.2. Antecedentes

A. Con fecha 23/11/2015 la Actora dedujo demanda contra los Demandados alegando que estos habrían percibido sin el consentimiento de los consumidores una comisión por mantenimiento de cuenta en tarjeta de crédito por encima de los límites legales. En función de ello, solicitó: "*(...) el cese de la conducta antijurídica y la correspondiente restitución a todos los clientes afectados -en forma íntegra- de las sumas de dinero - con más la tasa*

de interés legal correspondiente- que indebidamente hubiera percibido a través de dichos conceptos que la accionada viene aplicando (...) y (...) la aplicación del daño punitivo incorporado en el art. 52 bis de la ley 24240?

B. Por su parte, la Demandada, contestó dicha demanda negando terminantemente las acusaciones de la Actora, negando la existencia de los recaudos indispensables para el inicio de una acción colectiva, oponiendo diversas defensas de fondo, así como interponiendo excepción de falta de legitimación activa. Los Co-Demandados también opusieron defensas y contestaron demanda.

C. Con fecha 29/05/2017 el Juez de primera instancia dictó sentencia rechazando la excepción de falta de legitimación activa opuesta por la Demandada.

D. El 09/08/2017 tuvo lugar la celebración de la audiencia del art. 360 Cpr. y, atento a la falta de acuerdo, las actuaciones se abrieron a prueba, encontrándose en dicho estado en la fecha de presentación de este Acuerdo.

E. En atención a ello, al tiempo transcurrido y a los recursos humanos y materiales que insumiría para las Partes del Acuerdo la tramitación de este proceso, ADUC y la Demandada han arribado a una composición de intereses que consideran mutuamente aceptable.

F. En función de lo anterior, sin reconocer hechos ni derechos y al solo efecto transaccional, la Actora y la Demandada han arribado a un acuerdo cuya entrada en vigencia queda sujeta a la homologación firme de sus términos y condiciones, los cuales se describen a continuación.

II.3. Manifestaciones y ofrecimiento de la Demandada

En línea con lo anterior, la Demandada rechaza expresamente haber causado algún perjuicio a sus clientes, y declara que ni el ofrecimiento ni lo aquí acordado pueden ser interpretados como un reconocimiento a la legitimación activa invocada

por la Actora, o como que su demanda reúne los requisitos para tramitar como una acción colectiva, cuestiones estas que se dejan de lado al sólo efecto de permitir que se arribe a una transacción mutuamente aceptable que, al ser homologada judicialmente, tenga efecto *erga omnes* y permita dar por concluido este expediente y la controversia que le dio origen.

En particular, la Demandada destaca que Banco Patagonia no creó una nueva comisión, sino que se cambió la denominación de una comisión ya existente a fin de cumplir con lo dispuesto por la Comunicación “A” 5460 del Banco Central de la República Argentina (en adelante, “BCRA”) mediante la cual se unificó bajo dicha denominación conceptos que ya eran percibidos por las entidades financieras a los tarjeta-habientes por servicios efectivamente prestados. En este sentido, indica que el cambio de denominación de la comisión existente a “comisión por mantenimiento de cuenta” no implicó cambio o modificación en la naturaleza, prestaciones del servicio o los valores percibidos. En consecuencia, no existe norma legal que prohíba la percepción de dicha comisión, la cual es necesaria para el debido funcionamiento del sistema de tarjeta de crédito al que acceden los usuarios y consumidores. Esta comisión refiere a los servicios y costos vinculados con la administración habitual y transaccionalidad de la tarjeta, es decir aquellas tareas que realiza el banco o terceros para la operatividad diaria de la tarjeta de crédito.

Ahora bien, sin perjuicio de todo lo anterior, con el objeto de dar fin al dispendio de recursos humanos y materiales y al perjuicio reputacional y económico que un proceso como este implica, la Demandada se compromete a otorgar un Seguro de Accidentes Personales y un Servicio de Multiasistencia -según se detalla en el punto II.6. del presente Acuerdo- a todos los usuarios de tarjeta de crédito VISA, MasterCard y AMEX que se les hubiera cobrado la “comisión por mantenimiento de

cuenta” en tarjetas de crédito identificados en el punto II.7., ello sujeto a los términos y condiciones que se establecen en este Acuerdo.

II.4. Manifestaciones y aceptación por parte de la Actora

La Actora manifiesta que se trata de una asociación de consumidores legalmente constituida e inscripta en el Registro Nacional de Asociaciones de Consumidores bajo el N° 19 y que ha iniciado las presentes actuaciones en ejercicio de su objeto estatuario, y que posee facultades para la celebración de la presente transacción. Asimismo, declara que ni la aceptación ni nada de lo aquí previsto puede ser interpretado como que implica reconocimiento alguno a las defensas de los Demandados.

La Actora, en consecuencia, acepta en este acto el ofrecimiento de la Demandada descripto en el punto II.3, así como los restantes términos y condiciones del Acuerdo, por considerar que los mismos constituyen una razonable composición de los intereses de las Partes del Acuerdo y que representan una adecuada consideración de los derechos de los consumidores por quienes ha actuado.

La Actora destaca a su vez, como es de conocimiento de V.S., que acuerdos de similares características fueron homologado por V.S. poniendo fin a la disputa en los autos: “ADUC C/ CENCOSUD S.A. S/ SUMARÍSIMO” (Expte. 23185/2017); “ADUC C/ BBVA BANCO FRANCÉS S.A. Y OTROS S/ ORDINARIO” (Expte. 34172/2015); “ADUC C/ HSBC BANK ARGENTINA S.A. Y OTROS S/ ORDINARIO” (Expte. 35212/2015); “ADUC C/ BANCO SANTANDER RÍO S.A. Y OTROS S/ ORDINARIO” (Expte. 34168/2015); “ADUC C/ BANCO ITAÚ ARGENTINA S.A. Y OTROS S/ ORDINARIO” (Expte. 35194/2015); “ADUC C/ INDUSTRIAL AND COMMERCIAL BANK OF CHINA S.A. Y OTROS S/ORDINARIO” (Expte. 35197/2015); “ADUC C/ BANCO MACRO S.A. Y OTROS S/ ORDINARIO” (Expte. 35210/2015); “ADUC C/ BANCO DE



GALICIA Y BUENOS AIRES S.A. Y OTROS S/ ORDINARIO” (Expte. N° 35158/2015), cuyos objetos coinciden con el de los presentes autos, lo que resultó en un beneficio para la clase afectada en ellos.

Asimismo, Banco Patagonia tiene pactada contractualmente con sus clientes la comisión por renovación anual, la que ha sido oportunamente informada a estos y al BCRA. Dicha comisión tiene asociada tareas y costos que se encuentran relacionados con beneficios otorgados a los clientes, y es cobrada por la disponibilidad del servicio, independientemente de si es usado por el cliente o de la frecuencia con que lo use. La comisión por renovación anual se cobra a los clientes una vez al año al vencimiento del período de vigencia del contrato de tarjeta de crédito, y puede bonificarse de acuerdo con el cumplimiento de políticas de bonificación vigentes establecidas por Banco Patagonia. En consecuencia, la Actora, a modo transaccional y en relación con la comisión por renovación anual, manifiesta que renuncia por el presente a deducir en el futuro cualquier reclamo contra el Banco vinculado a la referida comisión.

Por todo ello, la Actora considera que lo aquí propuesto recompone en debida forma los derechos de los clientes, motivo por el cual solicita a V.S. se proceda a la homologación del presente Acuerdo.

II.5. Manifestaciones de los Co-Demandados

Los Co-Demandados manifiestan que prestan conformidad con el Acuerdo celebrado entre la Actora y la Demandada sin que ello implique la asunción por su parte de ninguna de las obligaciones aquí previstas respecto de ninguna de ellas.

Asimismo, aclaran que dicha conformidad, ni nada de lo aquí previsto puede ser interpretado como reconocimiento alguno a los planteos formulados por la Actora en su contra ni renuncia a las defensas esgrimidas o a cualquier derecho que les asista.

Se adjunta al **Anexo I** las conformidades otorgadas por los Co-Demandados.

II.6. Obligaciones de la Demandada

A partir de la homologación firme y con efecto de cosa juzgada formal y material del Acuerdo sin modificación alguna, y sin perjuicio de la procedencia de la comisión cuestionada y de la legalidad de la misma, lo que implica que continuará siendo percibida por la Demandada -pues conforme fue expresado ésta deriva de la efectiva prestación de servicios a favor de los usuarios y consumidores y, conforme se constata mediante certificación contable acompañada como **Anexo II**, se adapta en un todo a lo normado por la Comunicación "A" 5460 y "A" 5388 del BCRA (texto ordenado)-, la Demandada se compromete a 1) comunicar nuevamente en los resúmenes de tarjeta de crédito el cobro de la Comisión; 2) ofrecer a favor del universo de consumidores y usuarios alcanzados en el marco de esta causa un beneficio consistente en brindar un Seguro de Accidentes Personales y un Servicio de Multiasistencia conforme los términos y condiciones que se acompañan al **Anexo III** y **IV** -respectivamente- y a los que se exponen a continuación; y 3) en aquellos casos en que el cliente posea una caja de ahorro en pesos la cobertura podría verse reflejada como débito/crédito en su resumen de cuenta.

El Seguro de Accidentes Personales propuesto contempla (i) muerte accidental, por la suma de \$300.000; (ii) invalidez total y parcial por accidente, por la suma de \$300.000; (iii) gastos médicos, por la suma de \$6.000 anuales; y (iv) Renta diaria por internación, por la suma de \$3.000 por día por un máximo de 60 días.

La referida cobertura será brindada por la compañía SMG Seguros, por el término de 2 años y abarcará a un titular que deberá ser el usuario o consumidor alcanzado por el beneficio; todo ello con los límites y alcances establecidos en las bases y condiciones de cobertura adjuntos a la documentación acompañada al **Anexo III**.



Por otro lado, el Servicio de Multiasistencia que se ofrece al universo de usuarios y consumidores incluye lo siguiente:

A. Asistencia al Hogar

1. Emergencia:

i. Servicio de cerrajería por emergencia por hasta \$20.000 por evento y hasta 3 eventos al año.

ii. Servicio de Plomería por emergencia hasta \$20.000 por evento y hasta 3 eventos al año.

iii. Servicio de Electricista por emergencia por hasta \$20.000 por evento y hasta 3 eventos al año.

iv. Servicio de Gasista por emergencia por hasta \$20.000 por evento y hasta 3 eventos al año.

v. Servicio de destapaciones por emergencia por hasta \$20.000 por evento y hasta 3 eventos al año.

2. Mantenimiento:

i. Servicio de Gasista por mantenimiento por hasta \$15.000 por evento y hasta 2 eventos al año.

ii. Servicio de Plomería por mantenimiento por hasta \$15.000 por evento y hasta 2 eventos al año.

iii. Servicio de Electricista por mantenimiento por hasta \$15.000 por evento y hasta 2 eventos al año.

iv. Servicio de Cerrajería por mantenimiento por hasta \$15.000 por evento y hasta 2 eventos al año.

3. Preventiva:

i. Servicio de instalación y revisión de aires acondicionados (incluye recarga de gas) por hasta \$15.000 por evento y hasta 2 veces al año.

ii. Servicio de instalación y revisión de estufa y artefactos de gas por hasta \$15.000 por evento y hasta 2 veces al año.

4. Telefónica:

i. Servicio de conexión para servicios anexos sin límite.

5. Cobertura ante siniestros:

i. Traslado de muebles, por hasta \$8.000 por evento y sin límite de eventos por año.

ii. Guarda de muebles, por hasta \$8.000 por evento y sin límite de eventos por año.

iii. Transmisión de mensajes urgentes, sin límite.

iv. Seguridad y vigilancia, por hasta \$8.000 por evento y hasta 72hs por año.

v. Servicio de hospedaje, por hasta \$8.000 por evento y hasta 1 vez al año.

vi. Servicio doméstico, por hasta \$4.000 por evento y hasta 1 vez al año.

vii. Cuidado de niños, por hasta \$4.000 por evento y hasta 1 vez al año.

viii. Cuidado de discapacitados y/o ancianos, por hasta \$4.000 por evento y hasta 1 vez al año.

ix. Guardería de mascotas, por hasta \$4.000 por evento y hasta 1 vez al año.

x. Retorno anticipado al domicilio, por hasta \$15.000 por evento y sin límite de eventos por año.

xi. Retorno del vehículo, por hasta \$15.000 por evento y sin límite de eventos por año.



xii. Tramitación de documentos, por hasta \$5.000 por evento y sin límite de eventos por año.

xiii. Información sobre teléfonos de urgencia, sin límite.

B. Asistencia Médica:

i. Asistencia odontológica: urgencias (guardias odontológicas las 24hs), exámenes médicos, radiografías, periodoncia, cirugías y envío de exámenes de laboratorio y medicamentos por hasta \$20.000 por evento y hasta 1 vez al año.

ii. Telemedicina (médico online – LAD), sin límite por evento y hasta 2 veces al mes y/o 24 veces al año.

iii. Descuento en farmacias, por hasta \$10.000 por evento y hasta 1 vez por mes.

iv. Asistencia nutricional (telefónica), sin límite.

v. Asistencia psicológica (telefónica), sin límite.

Todo ello con los límites y alcances establecidos en las bases y condiciones de cobertura adjuntas a la documentación acompañada al **Anexo IV**. Los referidos servicios serán brindados por la compañía MAPFRE Asistencia, por el término de 2 años y abarcará a un titular que deberá ser el usuario o consumidor alcanzado por el beneficio.

En este sentido, es importante señalar que la prestación del servicio ofrecido es una oportunidad para los usuarios y consumidores comprendidos en autos, toda vez que es de público conocimiento que las prestaciones de esta índole suelen ser sumamente onerosas. Ello hace que estas coberturas sean inaccesibles para el común de los individuos, resultando este servicio un gran beneficio para los usuarios y consumidores.

II.7. Grupos de usuarios y consumidores

A. Clientes VISA: son quienes poseen desde antes de la entrada en vigencia de la Comunicación "A" 5640 del BCRA una cuenta de tarjeta de crédito VISA o cuenta a la vista actualmente activa.

B. Clientes MasterCard: son quienes poseen desde antes de la entrada en vigencia de la Comunicación "A" 5640 del BCRA una cuenta de tarjeta de crédito MasterCard o cuenta a la vista actualmente activa.

C. Clientes AMEX: son quienes poseen desde antes de la entrada en vigencia de la Comunicación "A" 5640 del BCRA una cuenta de tarjeta de crédito AMEX emitida por Banco Patagonia o cuenta a la vista actualmente activa.

D. Ex Clientes VISA: son quienes poseían cuenta activa de tarjeta de crédito VISA desde antes de la entrada en vigencia de la Comunicación "A" 5460 del BCRA y continuaron poseyendo con posterioridad, pero ya no la poseen en la actualidad.

E. Ex Clientes MasterCard: son quienes poseían cuenta activa de tarjeta de crédito MasterCard desde antes de la entrada en vigencia de la Comunicación "A" 5460 del BCRA y continuaron poseyendo con posterioridad, pero ya no la poseen en la actualidad.

F. Ex Clientes AMEX: son quienes poseían cuenta activa de tarjeta de crédito AMEX emitida por Banco Patagonia desde antes de la entrada en vigencia de la Comunicación "A" 5460 del BCRA y continuaron poseyendo con posterioridad, pero ya no la poseen en la actualidad.

Los clientes y ex clientes personas físicas consumidores finales y titulares de cajas de ahorro que formen parte de paquetes, aquellos que por poseer su "cuenta sueldo" tengan una bonificación en lo atinente a la comisión cuestionada por la Actora en autos, los clientes que no hicieron uso de sus tarjetas de crédito y aquellos clientes



que, alcanzados por bonificaciones especiales poseen bonificada la comisión cuestionada por la Actora por un plazo de dos años, no recibirán el Seguro de Accidentes Personales y el Servicio de Multiasistencia, dado que por sus particularidades se trata de clientes a quienes no se cobra la comisión objeto de autos y/o perciben beneficios y contraprestaciones adicionales de acuerdo a los términos de sus respectivos productos.

Para todos los clientes la Demandada informará, dentro del plazo y modalidad de publicidad prevista en la cláusula II.10. de este Acuerdo, la existencia del beneficio otorgado conforme la propuesta indicada en la cláusula II.6.

Los usuarios y consumidores que recibirán el beneficio aquí acordado se encuentran identificados en el **Anexo II** de presente Acuerdo.

II.8. Entrada en vigencia

A. El presente Acuerdo transaccional es realizado en los términos del artículo 54 de la Ley de Defensa al Consumidor, y es condición esencial del mismo que todos sus efectos, tanto los procesales vinculados con la conclusión del proceso, como los sustanciales referidos a las obligaciones y derechos de las Partes del Acuerdo, queden sujetos a la homologación judicial firme y con efectos de cosa juzgada formal y material *erga omnes* del mismo de manera integral y sin modificaciones.

Consecuentemente, hasta tanto dicha homologación judicial íntegra y sin modificaciones no sea resuelta ni quede firme y con efectos de cosa juzgada formal y material *erga omnes*, el Acuerdo no entrará en vigencia.

B. La homologación firme del Acuerdo en los términos descriptos implicará el automático desistimiento de la acción y del derecho en relación con las pretensiones contenidas en la demanda contra los Demandados.

C. En caso de que la homologación sea rechazada, o de que se sujete por parte del Tribunal a alguna modificación o condición, el Acuerdo se tendrá por no presentado, debiendo desglosarse el mismo y no podrá ser invocado por ninguna de las Partes del proceso en ningún proceso judicial existente o futuro, y se deberá proseguir con las actuaciones según su estado, sin que la presentación del Acuerdo pueda ser interpretada en ningún sentido en beneficio o en contra de cualquiera de las Partes del proceso.

Ello sin perjuicio de la posibilidad de que las Partes del Acuerdo convengan aceptar tales modificaciones o condiciones, en cuyo caso así lo manifestarán a efectos de procederse a su homologación en los términos descriptos.

II.9. Suspensión de plazos

Las Partes del Acuerdo solicitan por este acto al Tribunal la suspensión de todo plazo del expediente, hasta tanto se resuelva el pedido de homologación del Acuerdo.

II.10. Publicidad del Acuerdo

Las Partes del Acuerdo establecen que una vez firme la homologación sin modificaciones de este Acuerdo y dentro del plazo de 20 días hábiles, se llevarán a cabo las siguientes medidas de publicidad y notificaciones:

1. **Cientes:** A aquellos clientes incluidos en la cláusula II.7., A, B y C del presente, una vez que se encuentre firme la homologación del Acuerdo, y dentro de los 20 días hábiles contados desde que la resolución homologatoria quede firme, Banco Patagonia les comunicará mediante notificación vía e-mail, utilizando para ello la dirección de correo electrónico que se encuentra en sus registros, el siguiente texto: *"En virtud del Acuerdo Transaccional suscripto en los autos "ASOCIACION POR LA DEFENSA DE USUARIOS Y CONSUMIDORES (ADUC) C/ BANCO*

PATAGONIA S.A. Y OTROS S/ORDINARIO” (Expte. N° 34169/2015), que tramitan ante el Juzgado Nacional de Primera Instancia en lo Comercial N° 9, Secretaría N° 18, se ha acordado que Banco Patagonia otorgará a aquellos que habiendo sido clientes al 30 de septiembre de 2013, y que continúen o no siendo clientes se les hubiera cobrado a partir de dicha fecha una “comisión por mantenimiento de cuenta” en tarjetas de crédito, el beneficio de “Seguro de Accidentes Personales” que contempla (i) muerte accidental; (ii) invalidez total y parcial por accidente; (iii) gastos médicos y (iv) renta diaria por internación por un plazo de 2 años, y un “Servicio Multiasistencia” que contempla (i) asistencia al hogar ante emergencias y/o mantenimiento por cerrajería, plomería, electricidad, gas y/o destapaciones; preventiva para aires acondicionados o artefactos a gas; asistencia telefónica; y cobertura ante siniestros tales como traslado de muebles, transmisión de mensajes urgentes, seguridad y vigilancia, servicio de hospedaje, servicio doméstico, cuidado de niños, cuidado de discapacitados y/o ancianos, guardería de mascotas, retorno anticipado al domicilio, retorno del vehículo, tramitación de documentos, información sobre teléfonos de urgencia; y (ii) asistencia médica que incluye asistencia odontológica de urgencia, telemedicina, descuento en farmacia, asistencia nutricional (telefónica) y asistencia psicológica (telefónica). Todo por el plazo de 2 años y sujeto a los términos y condiciones de cada servicio/asistencia. En aquellos casos en que el cliente posea una caja de ahorro en pesos la cobertura se verá reflejada como débito/crédito en su resumen de cuenta. Aquel que así lo desee podrá excluirse del Acuerdo Transaccional, enviando dentro de los 90 días corridos de la última publicación del edicto correspondiente en los Diarios La Nación y Clarín, un correo electrónico a los siguientes e-mails: info@aduc.org.ar y mantenimientodecuentaTC@bancopatagonia.com.ar manifestando que va a hacer uso del derecho de autoexclusión”.

2. **Ex Clientes:** A aquellas personas incluidas en la Cláusula II.7., D, E y F del presente, Banco Patagonia enviará una nota vía e-mail al último domicilio electrónico que obre en sus registros. En caso de no contar con dicho correo electrónico, Banco Patagonia cursará una carta simple al último domicilio registrado en la entidad.

3. **Edicto:** Adicionalmente, y con el objeto de dar la debida publicidad del Acuerdo Transaccional a aquellas personas que ya no tengan relación con Banco Patagonia y al público en general, una vez que se encuentre firme la homologación del Acuerdo y dentro de los 30 días hábiles contados desde que la resolución homologatoria quede firme, se publicará el siguiente edicto por dos días en el Boletín Oficial, en la página web de ADUC, en la página web del Banco, en los diarios Clarín, La Nación y en sus cuentas oficiales de Facebook e Instagram: *“En virtud del Acuerdo Transaccional suscripto en los autos “ASOCIACION POR LA DEFENSA DE USUARIOS Y CONSUMIDORES (ADUC) C/ BANCO PATAGONIA S.A. Y OTROS S/ORDINARIO” (Expte. N° 34169/2015), que tramitan ante el Juzgado Nacional de Primera Instancia en lo Comercial N° 9, Secretaría N° 18, se ha acordado que Banco Patagonia otorgará a aquellos que habiendo sido clientes al 30 de septiembre de 2013, y que continúen o no siendo clientes se les hubiera cobrado a partir de dicha fecha una “comisión por mantenimiento de cuenta” en tarjetas de crédito, el beneficio de Seguro de Accidentes Personales que contempla (i) muerte accidental, por la suma de \$300.000; (ii) invalidez total y parcial por accidente, por la suma de \$300.000; (iii) gastos médicos, por la suma de \$6.000 anuales; y (iv) Renta diaria por internación, por la suma de \$3.000 por día por un máximo de 60 días por un plazo de 2 años y un Servicio Multiasistencia que contempla; Servicio de cerrajería por emergencia y por mantenimiento; Servicio de Plomería por emergencia y por mantenimiento; Servicio de Electricista por emergencia y por mantenimiento; Servicio de Gasista por emergencia y por mantenimiento; Servicio de destapaciones por emergencia; Servicio de instalación y revisión de aires acondicionados (incluye recarga de gas); Servicio de instalación y revisión de estufa y artefactos de gas; Servicio de conexión para servicios anexos; Traslado de muebles; Guarda de muebles; Transmisión de mensajes urgentes; Seguridad y vigilancia; Servicio de hospedaje; Servicio doméstico; Cuidado de niños; Cuidado de discapacitados y/o ancianos; Guardería de mascotas; Retorno anticipado al domicilio; Retorno del vehículo; Tramitación de documentos; Información sobre teléfonos de urgencia; Asistencia odontológica: urgencias (guardias odontológicas las 24hs), exámenes médicos, radiografías, periodoncia, cirugías y*



envío de exámenes de laboratorio y medicamentos; Telemedicina (médico online – LAD); Descuento en farmacias; Asistencia nutricional (telefónica); Asistencia psicológica (telefónica), por el plazo de 2 años y sujeto a los términos y condiciones de cada servicio/asistencia. En aquellos casos en que el cliente posea una caja de aborro en pesos la cobertura se verá reflejada como débito/crédito en su resumen de cuenta. Aquel que así lo desee podrá excluirse del Acuerdo Transaccional, enviando dentro de los 90 días corridos de la última publicación del edicto correspondiente en los Diarios La Nación y Clarín, un correo electrónico a los siguientes e-mails: info@aduc.org.ar y mantenimientodecuentaTC@bancopatagonia.com.ar manifestando que va a hacer uso del derecho de autoexclusión”.

Las Partes del Acuerdo no podrán comunicar la existencia de este Acuerdo bajo ningún otro mecanismo distinto a los previstos en este punto, salvo que se cuente con la conformidad de la otra Parte del Acuerdo.

II.11. Acreditación de cumplimiento

El cumplimiento de las obligaciones aquí establecidas deberá ser acreditado por la Demandada a través de certificaciones contables realizadas por contador público matriculado y a través de actas notariales; debiendo ser estas entregadas a ADUC a su requerimiento para su debido control.

La Demandada designa al Cr. Adrián Goldin a los fines de realizar las certificaciones contables necesarias para la acreditación del cumplimiento del Acuerdo. Los costos son a cargo de la Demandada.

Dentro de los noventa (90) días hábiles siguientes a la fecha de homologación del Acuerdo, el Banco deberá acompañar al expediente constancia documentada de: (i) Los envíos de correos electrónicos y las publicaciones mencionadas en el punto II.10 y (ii) La puesta a disposición de los servicios a los grupos de usuarios y consumidores mencionados en el punto II.7. del Acuerdo.

8.2. En igual plazo el Banco deberá acompañar también las publicaciones realizadas que contengan los avisos indicados.

8.3. Cada seis meses, a contar desde la fecha de la homologación firme del Acuerdo y por un lapso de 2 años, el Banco deberá acompañar un certificado de cobertura extendido por la prestadora del servicio donde conste la vigencia de la misma.

II.12. Interpretación e invocación del Acuerdo. Prohibiciones acordadas. Confidencialidad

Las Partes convienen que la interpretación de este Acuerdo, en lo presente y futuro, se sujeta a lo estrictamente establecido en él, ajustándose a las disposiciones previstas en la Ley de Defensa al Consumidor (artículos 3, 37, 65 y concordantes) y los artículos 1641 y concordantes del Código Civil y Comercial de la Nación.

La Actora no podrá alegar ni considerar que lo establecido en el presente Acuerdo implica algún tipo de reconocimiento de parte de los Demandados, ni lo podrá usar como prueba en este o cualquier otro juicio, antes o después de su homologación judicial.

Las Partes no podrán invocar este Acuerdo como hecho nuevo o documento nuevo o prueba en cualquier otro caso en el que se discutan judicialmente materias de la naturaleza de las que aquí se debate.

Las Partes acuerdan que darán estricto cumplimiento a la Ley de Protección de Datos Personales N° 25.326, a cuyo fin deberán tratar como estrictamente confidencial toda la información a la que tengan acceso como consecuencia de la ejecución del presente Acuerdo (en adelante, la “Información Confidencial”), la que



no podrá ser divulgada ni cedida a tercero alguno y no podrá ser utilizada para ningún fin ajeno al presente Acuerdo.

A su vez las Partes deben asegurar que los términos y condiciones de este apartado serán expresamente respetados por todos sus dependientes o personal que pudieran llegar a conocer y/o utilizar la Información Confidencial. La información no se considerará como Información Confidencial únicamente si las Partes ya la conocen libre de cualquier obligación de confidencialidad al momento de obtenerla, o si es de conocimiento público y no supuso un acto de violación al presente Acuerdo.

II.13. Desistimiento

Sujeto a la homologación del Acuerdo en los términos descritos, la Actora desiste de la acción y del derecho en relación con la Demandada y los Co-Demandados, no teniendo nada que reclamar a ninguno de ellos (conforme artículos 304 y 305 del Cpr).

Adicionalmente a lo anterior, a todo evento, frente a cualquier hipotético reclamo de naturaleza colectiva, los Demandados podrán oponer la defensa de transacción y/o de cosa juzgada con base en la homologación del Acuerdo, así como invocar la defensa de compensación o cualquiera que legalmente corresponda, a fin de repeler cualquier hipotético reclamo promovido en representación de personas físicas vinculado con la emisión por Banco Patagonia de tarjeta de crédito VISA, AMEX y/o MasterCard y el consiguiente cobro de la comisión derivada de dicho producto financiero y/o la validez de la misma en función de lo previsto por la Comunicación "A" 5460 y "A" 5388 del BCRA (texto ordenado), cualquiera sea la modalidad de contratación

II.14. Misceláneas

Las Partes del Acuerdo pactan que es condición esencial de vigencia del Acuerdo que su homologación judicial implique que se considere plenamente satisfecho cualquier interés colectivo alegado afectado por los hechos de autos, así como definitivamente concluida cualquier controversia colectiva vinculada con el grupo alegado afectado en relación al Producto Objeto de Autos, tanto respecto de la Demandada, de los Co-Demandados, o de cualquiera de sus vinculadas o funcionarios.

Sin perjuicio de ello, los consumidores que consideren que el Acuerdo no satisface sus intereses y deseen apartarse de la solución general prevista en el mismo reclamando de manera individual, podrán hacerlo dentro de un plazo de 90 días desde la última publicidad del Acuerdo; caso en el cual los Demandados hacen expresa reserva de oponer todas las defensas que frente a los mismos puedan tener, sin que el ofrecimiento contenido en el presente, ni el Acuerdo, puedan ser interpretados como renuncia a tal facultad, o como reconocimiento de algún tipo.

Adicionalmente a lo anterior, a todo evento, frente a cualquier hipotético reclamo de naturaleza colectiva, los Demandados podrán oponer la defensa de transacción y/o de cosa juzgada con base en la homologación del Acuerdo, así como invocar la defensa de compensación o cualquiera otra disponible en virtud de los productos cuya entrega se acuerda mediante el presente, sin perjuicio desde ya de toda otra defensa formal o sustancial de la que pueda disponer, sin que la celebración u homologación del Acuerdo implique algún menoscabo a dichas defensas.

II.15. Costas

Los honorarios de los abogados intervinientes de VISA, AMEX y MasterCard se acuerdan por su orden y los honorarios correspondientes a los letrados de la Actora estarán a cargo de la Demandada. Los honorarios de la mediadora, del perito contador y del consultor técnico de la Actora estarán a cargo de la Demandada. Las demás costas del presente expediente serán soportadas por su orden. Las Partes solicitan que la tasa de justicia se tenga por cumplida en virtud del beneficio legal de justicia gratuita, como así también cualquier otro impuesto que pudiera gravar el presente Acuerdo.

II.16. Anexos

Se acompañan al presente Acuerdo los siguientes anexos:

- Anexo I: Conformidades otorgadas por los Co-Demandados.
- Anexo II: Certificación contable.
- Anexo III: Términos y condiciones del Seguro de Accidentes Personales.
- Anexo IV: Términos y condiciones del Servicio de Multiasistencia.

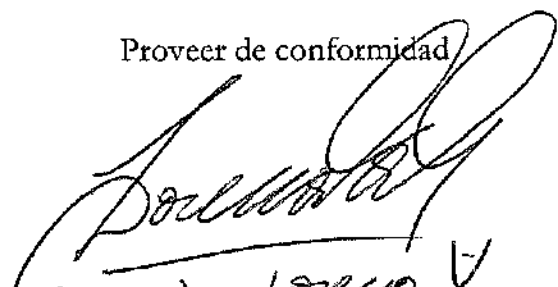
III. PETITORIO

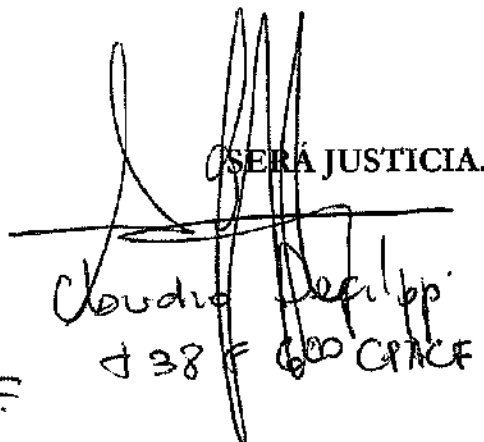
En virtud de lo hasta aquí expuesto, a V.S. solicitamos que:

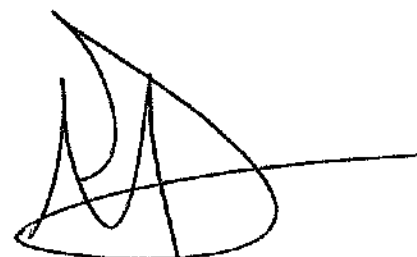
- Tenga por presentado el Acuerdo.
- Ordene la suspensión de todo plazo del expediente.
- Se homologue de manera integral y sin modificaciones el presente Acuerdo.
- Una vez acreditado el cumplimiento del Acuerdo, se disponga el archivo de

las actuaciones.

Proveer de conformidad


Totino Lorena V.
5°69. F°387CPACF


SERÁ JUSTICIA.
Claudio Defilippi
J 38 F 600 CPACF


MATIAS FERRARI
ABOGADO
C.P.A.C.F T°96 F°185

ANEXO I: Conformidades otorgadas por los Co-
Demandados

PRESTA CONFORMIDAD

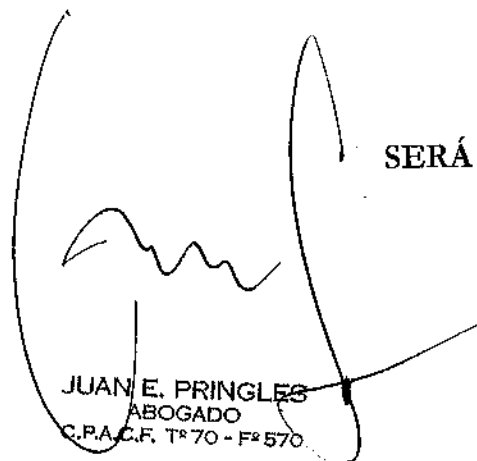
Señor Juez:

Juan Edgardo Pringles, abogado, T° 70 F° 570 C.P.A.C.F., en representación de **Prisma Medios de Pago S.A.**, con domicilio procesal en la Avenida Libertador 6343, piso 2°, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Estudio Noetinger & Armando) – TE 4787-2343, email: jpringles@noetar.com.ar- y electrónico 20252837516, en los autos caratulados **“ASOCIACION POR LA DEFENSA DE USUARIOS Y CONSUMIDORES (ADUC) C/ BANCO PATAGONIA S.A. Y OTROS S/ORDINARIO” (Expte. N° 34169/2015)**, de trámite ante el Juzgado Nacional de Primera Instancia en lo Comercial N° 9, Secretaría N° 18, a V.S. respetuosamente digo que:

Siguiendo expresas y precisas instrucciones de mi mandante, sin que implique reconocimiento de hecho ni derecho alguno, presto conformidad con el acuerdo arribado entre la actora y la demandada Banco Patagonia S.A.

Dejo expresa constancia que mi representada no asume el pago de ninguna obligación conforme fuera acordado, ni la presente conformidad implica reconocimiento alguno a las alegaciones de la demandante ni renuncia a las defensas opuesta por esta parte.

Proveer de conformidad,


JUAN E. PRINGLES
ABOGADO
C.P.A.C.F. T° 70 - F° 570

SERÁ JUSTICIA.

PRESTA CONFORMIDAD

Señor Juez:


Gaston Armando Miani, abogado, T° 64 F° 790 C.P.A.C.F., en representación de **First Data Cono Sur S.R.L.**, con domicilio procesal en Tte. Gral. Perón Nro. 537, piso 5to. (Estudio Tavarone, Rovelli, Salim y Miani abogados), de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y electrónico 20239678050, en los autos caratulados **“ASOCIACION POR LA DEFENSA DE USUARIOS Y CONSUMIDORES (ADUC) C/ BANCO PATAGONIA S.A. Y OTROS S/ORDINARIO” (Expte. N° 34169/2015)**, de trámite ante el Juzgado Nacional de Primera Instancia en lo Comercial N° 9, Secretaría N° 18, a V.S. respetuosamente digo que:

Siguiendo expresas y precisas instrucciones de mi mandante, sin que implique reconocimiento de hecho ni derecho alguno, presto conformidad con el acuerdo arribado entre la actora y la demandada Banco Patagonia S.A.

Dejo expresa constancia que mi representada no asume el pago de ninguna obligación conforme fuera acordado, ni la presente conformidad implica reconocimiento alguno a las alegaciones de la demandante ni renuncia a las defensas opuesta por esta parte.

Proveer de conformidad,

SERÁ JUSTICIA.

GASTÓN ARMANDO MIANI
ABOGADO

T 64 F790 C.P.A.C.F..

PRESTA CONFORMIDAD

Señor Juez:

Melisa Romero, abogada, T° 105 F° 782 C.P.A.C.F., CUIT 27-28296747-8, en mi carácter de apoderada de **AMERICAN EXPRESS ARGENTINA S.A.**, con domicilio procesal en Avenida Corrientes 420, piso 3°, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y domicilio electrónico 27-28296747-8, (Estudio Bomchil, Zona de notificaciones N° 142, T.E. 4231-7500, mail: melisa.romero@bomchil.com) en los autos caratulados **“ASOCIACION POR LA DEFENSA DE USUARIOS Y CONSUMIDORES (ADUC) C/ BANCO PATAGONIA S.A. Y OTROS S/ORDINARIO” (Expte. N° 34169/2015)**, de trámite ante el Juzgado Nacional de Primera Instancia en lo Comercial N° 9, Secretaría N° 18, a V.S. respetuosamente digo que:

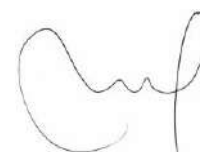
Siguiendo expresas y precisas instrucciones de mi mandante y, sin reconocer hecho ni derecho alguno, al solo efecto transaccional, presto conformidad con el acuerdo transaccional arribado entre ADUC y Banco Patagonia S.A.

La presente conformidad no implica la asunción de ninguna de las obligaciones previstas en el acuerdo, ni implica reconocimiento alguno a los planteos realizados por la actora en contra de mi mandante, ni renuncia a las defensas opuestas.

En consecuencia, solicito a V.S. que tenga presente la conformidad.

Proveer de conformidad,

SERÁ JUSTICIA.



Abogada. T 105 F 782 CPACF

ANEXO II: Certificación contable

INFORME ESPECIAL CONTABLE

De detalle de usuarios beneficiarios y estructura de costos

Sres. Presidente y Directores de
Banco Patagonia SA
Domicilio legal: Av. de mayo 701 piso 24 CABA
CUIT: 30-50000661-3

A- OBJETO DEL ENCARGO

He sido contratado por el Banco Patagonia SA para emitir un informe especial sobre:

- 1- la declaración jurada emitida por el Banco Patagonia SA sobre la estructura de costos.
- 2- base de datos de clientes afectados por el cobro de la comisión denominada “Gasto de mantenimiento de cuenta” y base de datos de emisión de seguros a determinados clientes, preparadas por Banco Patagonia SA, bajo su exclusiva responsabilidad.

Para ser presentado en los autos “Asociación por la Defensa de Usuarios y Consumidores (ADUC) c/Banco Patagonia SA y otros s/ordinario” (expediente nro. 34169/2015) que tramita ante el Juzgado Nacional de Primera Instancia en lo Comercial n° 9 Secretaria n° 18

LA declaración jurada ha sido inicialada por mí con el objeto de identificación solamente y juntamente con las bases de datos proporcionadas, en adelante referida como la “información objeto del encargo”.

B- RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCION

La dirección del Banco Patagonia SA es responsable de la preparación y presentación de la información objeto del encargo en cumplimiento con lo establecido en el acuerdo.

C- RESPONSABILIDAD DEL CONTADOR PUBLICO

Mi responsabilidad consiste en la emisión del presente informe especial basado en mi tarea profesional que se detalla en el párrafo siguiente.

D- TAREA PROFESIONAL

Mi tarea profesional fue desarrollada de conformidad con las normas sobre informes especiales establecidas en la sección VII C de la segunda parte de la Resolución técnica n° 37 de la Federación Argentina de Consejos Profesionales de Ciencias Económicas (RT37) y consistió en la aplicación de ciertos procedimientos para corroborar la información contenida en la información objeto del encargo.

LA RT 37 exige que cumpla los requerimientos de ética así como que planifique y ejecute mi tarea de forma tal que me permita emitir el presente informe especial. En consecuencia, mi trabajo no constituye una auditoría o revisión de estados contables, ni otro encargo de aseguramiento. Los procedimientos detallados a continuación han sido aplicados sobre los registros y documentación que me fueron suministrados por la Sociedad. Mi tarea se basó en la premisa que la información proporcionada es precisa, completa, legítima y libre de fraudes y otros actos ilegales, para lo cual he tenido en cuenta su apariencia y estructura formal.

Los procedimientos realizados consistieron únicamente en:

- 1- Analizar los criterios utilizados por el Banco para la determinación de los conceptos que conforman la estructura de costos atribuibles a la Comisión de mantenimiento de cuenta que se aplica en las tarjetas de crédito emitidas por el Banco mencionados en la declaración jurada referida en el punto 1 Objeto del encargo.
- 2- Verificar que los conceptos incluidos en la estructura de costos mencionados en la declaración del punto 1 objeto del encargo cumplan con los requisitos del punto 2.3.21 de la Cm A 5460 del BCRA.
- 3- Comparar los conceptos incluidos en el punto 1 con la información preparada por el Banco y agregada al expediente en oportunidad de la realización de la pericia en los autos mencionados.
- 4- Cotejar que las bases mencionadas en el punto 2 Objeto del encargo correspondan a clientes que se les hubiera cobrado el cargo denominado “comisión de mantenimiento de cuenta” en tarjetas emitidas por el banco y que celebraron contratos anteriores a

octubre de 2013 y su concordancia con la base de datos de emisión de seguros a determinados clientes.

E- MANIFESTACION PROFESIONAL

Sobre la base del trabajo realizado, cuyo alcance se describe en el párrafo precedente, informo que de las corroboraciones realizadas no surgieron hallazgos que afecten la determinación de la información objeto del encargo.

Asimismo informo que en los conceptos incluidos en la estructura de costos mencionados en la información objeto del encargo, no surgieron hallazgos que afecten lo dispuesto en cuanto a los requisitos del punto 2.3.21 de la Com A 5460 del BCRA

F- RESTRICCIÓN DE USO DEL INFORME ESPECIAL

Mi informe ha sido preparado exclusivamente para uso de la Dirección de la Sociedad y para su presentación en los autos “Asociación por la Defensa de Usuarios y Consumidores (ADUC) c/Banco Patagonia SA y otros s/ordinario” (expediente nro. 34169/2015) que tramita ante el Juzgado Nacional de Primera Instancia en lo Comercial n° 9 Secretaría n° 18 y en relación al acuerdo transaccional en trámite en dicha causa y por lo tanto no asumo responsabilidad en el caso que sea utilizado o se haga referencia el o sea distribuido con otro propósito.

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 23 de octubre de 2023.



Adrián J. Goldin
CONTADOR PUBLICO (UBA)
T 162 F 173 CPCECABA

DECLARACION JURADA SOBRE ESTRUCTURA DE COSTOS

Con relación al acuerdo celebrado entre las partes en los autos caratulados “Asociación por la Defensa de Usuarios y Consumidores (ADUC) c/Banco Patagonia SA y otros s/ordinario” (expediente nro. 34169/2015) que tramita ante el Juzgado Nacional de Primera Instancia en lo Comercial n° 9 Secretaria n° 18, manifestamos en carácter de declaración jurada que el detalle de los conceptos que conforman la estructura de costos atribuible a la “Comisión de Mantenimiento de Cuenta” que se aplica en las tarjetas de crédito emitidas por el Banco y que incluye los costos directos de asignación específica, los costos directos de asignación proporcional y los costos indirectos, impuestos y utilidades, responden al siguiente detalle:

Costos directos de asignación específica:

Procesamiento y utilización de los servicios provistos por las marcas

Costo de compra de plásticos, Delivery de Tarjetas de Crédito

Costos asociados al desarrollo del negocio y servicios de tarjetas

Procesamiento: Costos asociados a las operaciones/ transacciones de Tarjeta de Crédito.
Administración del portafolio de cuentas.

Atención Telefónica por un asesor o por IVR

Análisis de desconocimiento de consumos y administración de riesgos.

Nota: para el cálculo unitario se han considerado las tarjetas de crédito con compra.

Costos directos de asignación proporcional:

Entre los cuales se encuentran:

Mantenimiento del sistema de Tarjetas de Crédito del Banco

Salario del personal del Banco en Áreas Centrales y Sucursales que dan de alta productos

Centro de Atención Telefónica que atiende consultas y reclamos

Las áreas de Soporte del Negocio dedicados exclusivamente al alta de productos, resolución de consultas y reclamos

como así también la proporción de los siguientes gastos (amortizaciones, comunicaciones, honorarios consultoras, impuestos, inmuebles, seguridad, seguros, servicios públicos, etc.) de los centros de costo atención telefónica y soporte de tarjetas y comercios.

La distribución proporcional fue calculada considerando dedicación de áreas centrales, y dedicación de oficiales de sucursal a distintas tareas relacionadas a esta comisión definidas por el Banco en estudios de utilización interna.

Costos indirectos, costos financieros, impuestos, y utilidades:

Los costos indirectos y financieros son todos aquellos costos en los que incurre el Banco en exceso de los costos directos y costos directos de asignación proporcional mencionados anteriormente y comprenden todo el resto de los costos de operación, estructura, mantenimiento y financiación del Banco.

Los impuestos corresponden entre otros a Ingresos Brutos, Imp a los débitos y créditos bancarios, Impuestos de Sellos, IIGG.

Los conceptos incluidos en la estructura de costos cumplen con los requisitos del punto 2.3.21 de la Comunicación A 5460 del BCRA.

Informamos asimismo que la presente estructura de costos es concordante con lo aportado por el Banco en el marco de la pericia contable realizada en los autos mencionados.

Victoria Gianella

MARÍA VICTORIA GIANELLA
JEFE DE MEDIOS DE PAGO

Adrián J. Goldin
CONTADOR PUBLICO (UBA)
T 162 F 173 CPCECABA

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 24 de octubre de 2023

Legalizamos de acuerdo con las facultades otorgadas a este CONSEJO PROFESIONAL por las leyes 466 (Art. 2, Inc, D y J) y 20488 (Art. 21, Inc. I) la actuación profesional de fecha 23/10/2023 referida a Varios perteneciente a BANCO PATAGONIA S.A. CUIT 30-50000661-3, intervenida por el Dr. ADRIAN JORGE GOLDIN. Sobre la misma se han efectuado los controles de matrícula vigente y control formal de dicha actuación profesional de conformidad con lo previsto en la Res. C. 236/88, no implicando estos controles la emisión de un juicio técnico sobre la actuación profesional.

Datos del matriculado
Dr. ADRIAN JORGE GOLDIN
Contador Público (U.B.A.)
CPCECABA T° 162 F° 173



Esta actuación profesional ha sido gestionada por el profesional interviniente a través de internet y la misma reúne los controles de matrícula vigente, incumbencias y control formal de informes y certificaciones (Res. C. 236/88). El receptor del presente documento puede constatar su validez ingresando a www.consejo.org.ar/certificaciones/validar.htm declarando el siguiente código: tgzg3bz

Legalización N° 940120



ANEXO III: Términos y condiciones del Seguro de
Accidentes Personales



SEGURO INTEGRAL DE ACCIDENTES

CONDICIONES GENERALES

Artículo 1: Ley de las partes contratantes

Las partes contratantes se someten a las disposiciones de la Ley de Seguros N° 17418 y a las Condiciones Generales Específicas y Condiciones Particulares de la presente póliza que la complementan o modifican, cuando ello es admisible.

En caso de discordancia entre los elementos, el orden de prelación será el siguiente:

1. Condiciones Particulares.
2. Condiciones Generales Específicas.
3. Condiciones Generales.

Los derechos y obligaciones del Asegurado y del Asegurador que se mencionan con indicación de los respectivos artículos de la Ley de Seguros, deben entenderse como simples enunciaciones informativas del contenido esencial de la Ley, la que rige en su integridad con las modalidades convenidas por las partes.

Artículo 2: Riesgo cubierto

El Asegurador se obliga al pago de las prestaciones estipuladas en las Condiciones Generales Específicas y Condiciones Particulares de esta póliza, en el caso de que la persona designada en la misma como Asegurado sufra durante la vigencia del seguro algún accidente que fuera la causa originaria de alguno de los riesgos cubiertos por esta póliza definidos en las Condiciones Generales Específicas y siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten a más tardar dentro de los 180 días a contar de la fecha del mismo.

Salvo las limitaciones o exclusiones que resulten de la presente póliza, el seguro cubre todos los accidentes —en los términos y alcances establecidos en el punto 1 del Artículo 40— que puedan ocurrir al Asegurado, ya sea en el ejercicio de la profesión declarada, o mientras se halle prestando servicio militar en tiempo de paz, o en su vida particular o mientras se halle practicando los deportes especificados en las Condiciones Particulares, ya sea en calidad de Profesional o Aficionado.

Se cubren también los accidentes que le ocurran al personal integrante de las Fuerzas Armadas mientras permanezca en servicio activo en tiempo de paz, con las exclusiones especificadas en el Artículo 4.

Artículo 3: Residencia

La cobertura se extiende al tránsito y/o permanencia del Asegurado en el extranjero, salvo en países que no mantengan relaciones diplomáticas con la República Argentina.

Artículo 4: Riesgos no asegurados

Quedan excluidos de este Seguro:

Las consecuencias de las enfermedades de cualquier naturaleza inclusive las originadas por las picaduras de insectos, salvo lo especificado en el punto 1 del Artículo 40.

1. Las lesiones causadas por la acción de los rayos "X" y similares, y de cualquier elemento radiactivo, u originadas en reacciones nucleares; las lesiones imputables a esfuerzo salvo los casos contemplados en el punto 1 del Artículo 40; insolación, quemaduras por rayos solares, enflamamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales, psicopatías transitorias o permanentes y de operaciones quirúrgicas o tratamiento; salvo que cualquiera de tales hechos sobrevenga a consecuencia de un accidente cubierto conforme con el punto 1 del Artículo 40 o del tratamiento de las lesiones por él producidas.
2. Los accidentes que el Asegurado o los beneficiarios, por acción u omisión provoquen dolosamente o con culpa grave o el Asegurado los sufra en empresa criminal.

3. No obstante quedan cubiertos los actos realizados para precaver el siniestro o atenuar sus consecuencias o por un deber de humanidad generalmente aceptado.
4. Los accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de enajenación mental, salvo cuando tales trastornos sean consecuencia de un accidente cubierto conforme al punto 1 del Artículo 40; o por estado de ebriedad o por estar el Asegurado bajo la influencia de estupefacientes o alcaíoides.
5. Los accidentes que ocurran mientras el Asegurado tome parte en carreras, ejercicios o juegos atléticos de acrobacia o que tengan por objeto pruebas o contiendas de carácter excepcional, de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo; o mientras participe en viajes o excursiones a zonas inexploradas.
6. Los accidentes derivados de la navegación aérea no realizada en líneas de transporte aéreo regular, ya sea en calidad de tripulante, pasajero o mecánico.
7. Los accidentes derivados del uso de motocicletas y vehículos similares que no hayan sido específicamente incluidos en esta cobertura, o de la práctica de deportes riesgosos que no hayan sido expresamente cubiertos en las Condiciones Particulares.
8. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.) en cualquiera de sus manifestaciones, derivaciones o consecuencias directas o indirectas, y todas las enfermedades causadas por y/o relacionadas con el virus HIV; y enfermedades que son transmitidas sexualmente.
9. Los accidentes causados por hechos de guerra civil o internacional.
10. Los accidentes causados por hechos de guerrilla, rebelión, terrorismo, motín o tumulto popular, huelga o lock-out, cuando el Asegurado participe como elemento activo.
11. Los accidentes causados por fenómenos sísmicos, inundaciones u otros fenómenos naturales de carácter catastrófico.
12. Los accidentes que le ocurran al Asegurado mientras participe en su condición de integrante de las Fuerzas Armadas y que hayan sido provocados durante tumultos populares, rebelión, sedición, motín, insurrecciones y maniobras militares con simulacros de combate. Para el personal de la Fuerza Aérea o de la Aviación Militar o Naval se excluyan expresamente los accidentes derivados de la navegación aérea según se establece en las disposiciones de la Ley de Seguros y/o cuando realicen prácticas de paracaidismo.
13. Suicidio o su tentativa, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.

Los siniestros acaecidos en el lugar y en ocasión de producirse los acontecimientos enumerados en este Artículo, se presume que son consecuencia de los mismos, salvo prueba en contrario del Asegurado.

Artículo 5: Personas no asegurables

El Seguro no ampara a los sordos, ciegos, míopes con más de diez de dioptrías, mutilados, afectados con invalidez superior al 10% según el Artículo 2 de las Condiciones Generales Específicas de Invalidez; paráliticos, epilépticos, toxicómanos, alienados, o aquellas personas que en razón de defectos físicos o enfermedades graves que padezcan o de las secuelas de las que hubiesen padecido, constituyen un riesgo de accidente agravado de acuerdo con el Artículo 11. Se excluyen también las personas que excedan el límite de edad aceptado por el Asegurador al momento de celebrarse el contrato.

Artículo 6: Personas asegurables

Cualquier persona que cumpla con los requisitos establecidos en la definición de Asegurado Titular, podrá ser incluida en las coberturas de la presente póliza mediante solicitud del Tomador y aceptación del Asegurador.

Cualquier persona que cumpla con los requisitos establecidos en la definición de Dependientes, podrá ser incluida en las coberturas de la presente póliza mediante solicitud del Tomador y aceptación del Asegurado.

1. El cónyuge del Asegurado Titular.

2. Los hijos del matrimonio si el cónyuge del Asegurado Titular está también amparado.

Los hijos del matrimonio nacidos durante la vigencia de esta póliza serán amparados desde la fecha en que cumplan un mes de nacidos, sin más requisitos que la solicitud de su Alta.

Se excluirán de la cobertura de esta Póliza, a partir de la siguiente renovación, los Dependientes del Asegurado que:

- a. Contraigan matrimonio.
- b. Cumplan 21 años de edad, o 25 en el caso de que sean solteros y estudiantes.
- c. Obtengan ingresos por trabajo personal.
- d. Dejen de depender económicamente de él.

Artículo 7: Edades

Las edades mínimas y máximas de aceptación serán siempre las mismas que se estipulan en las Condiciones Generales Específicas salvo indicación en contrario en los endosos respectivos.

Las edades de los Asegurados asentadas en esta Póliza deben comprobarse presentando pruebas fehacientes al Asegurador quien extenderá el comprobante respectivo y no tendrá derecho para pedir nuevas pruebas. Este requisito debe cubrirse antes de que el Asegurador efectúe el pago de cualquier beneficio.

La denuncia inexacta de la edad sólo autoriza la rescisión por el Asegurador, cuando la verdadera edad exceda los límites establecidos en su práctica comercial para asumir el riesgo.

Cuando la edad real sea mayor, el capital asegurado se reducirá conforme con aquella y la prima pagada.

Cuando la edad real sea menor que la denunciada, el Asegurador restituirá la diferencia y reajustará las primas futuras.

Artículo 8: Agravación por concausas

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una enfermedad independiente de él, de un estado constitucional anormal con respecto a la edad del Asegurado, o de un defecto físico de cualquier naturaleza y origen, la indemnización que corresponda se liquidará de acuerdo con las consecuencias que el mismo accidente hubiera presumiblemente producido sin la mencionada concausa, salvo que esta fuese consecuencia de un accidente cubierto por la póliza y ocurrido durante la vigencia de la misma.

Artículo 9: Pluralidad de seguros

El Asegurado deberá notificar sin dilación a cada Asegurador, los seguros de Accidentes Personales que tenga contratados o contrate en lo sucesivo, cuando en conjunto excedan la suma que a tal efecto conste en las Condiciones Particulares.

En caso de hallarse el Asegurado cubierto por un importe superior a dicha suma, sin conocimientos y aceptación expresa de los aseguradores, éstos indemnizarán a prorratas de sus respectivas sumas aseguradas, solamente hasta la suma a que se refiera el párrafo anterior, sin derecho del Asegurado a restitución de primas.

El Asegurado no tiene obligación de notificar los riesgos de Accidentes Personales que se cubran accesoriamente en otras ramas de seguros.

En caso de que cualquier miembro de la Familia Asegurada esté cubierto bajo más de una póliza de este tipo, emitida por SMG LIFE de Seguros de Vida S.A., se considerará asegurada a la persona únicamente por la póliza que posea mayor suma asegurada. Cuando los beneficios sean idénticos, se considerará que la persona está asegurada bajo la póliza que se haya emitido primero.

Artículo 10: Reticencia

Esta póliza ha sido extendida por el Asegurador sobre la base de las declaraciones suscritas por el Asegurado o Tomador en su Solicitud y en los cuestionarios relativos a su salud.

Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado, aún hecha de buena fe, que a juicio de peritos hubiera impedido el contrato o modificado sus condiciones, si el Asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato.

El Asegurador no invocará como reticencia o falsa declaración, la omisión de hechos o circunstancias cuya pregunta no conste expresa y claramente en la propuesta de seguro y en la declaración personal para el presente seguro.

El Asegurador debe impugnar el contrato dentro de los tres meses de haber conocido la reticencia o falsedad.

Cuando la reticencia no dolosa es alegada en el plano del artículo 5 de la Ley de Seguros, el Asegurador, 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, el Asegurador 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, el Asegurador no adeuda prestación alguna.

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

Artículo 11: Agravación o modificación del riesgo

El Asegurado debe denunciar al Asegurador las agravaciones del riesgo asumido, causadas por un hecho suyo, antes de que se produzcan; y las debidas a un hecho ajeno, inmediatamente después de conocerlas. Se entiende por agravación del riesgo asumido, la que si hubiese existido al tiempo de la celebración, a juicio de peritos hubiera impedido este contrato o modificado sus condiciones.

Se considerarán agravaciones del riesgo únicamente las que provengan de las siguientes circunstancias:

- a. Modificación del estado físico o mental del Asegurado.
- b. Modificación de su profesión o actividad.
- c. Fijación de residencia fuera del país.

Cuando la agravación se deba a un hecho del asegurado, la cobertura queda suspendida. El Asegurador deberá notificar su decisión de rescindir en el término de siete días.

Cuando la agravación resulte de un hecho ajeno al Asegurado, el Asegurador deberá notificarle su decisión de rescindir dentro del término de un mes y con un preaviso de siete días. Se aplicará el artículo 39 de la Ley de Seguros si el riesgo no se hubiera asumido según las prácticas comerciales del Asegurado.

No obstante, cuando la agravación provenga del cambio de la profesión o actividad del Asegurado y, si de haber existido ese cambio al tiempo de celebración el Asegurador hubiera concluido el contrato por una prima mayor, la suma asegurada se reducirá en proporción a la prima pagada. Esta regla no se aplica a las exclusiones previstas en el Artículo 4.

La rescisión del contrato por agravación de riesgo da derecho al Asegurado:

- a. Si la agravación del riesgo le fue comunicada oportunamente, a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido.
- b. Si no le fue comunicada oportunamente, a percibir la prima por el período del seguro en curso no mayor de un año.

Artículo 12: Pago de la prima

La prima es debida desde la celebración del contrato pero no es exigible sino contra entrega de la póliza, salvo que se haya emitido un certificado o instrumento provisorio de cobertura.

En el caso que la prima no se pague contra entrega de la presente póliza, su pago queda sujeto a las condiciones y efectos establecidos en la "Cláusula de Cobranza de Premios" que forma parte integrante del presente contrato.

Las primas deberán ser pagadas por adelantado por el Tomador en las oficinas del Asegurador, en sus agencias oficiales, en los bancos habilitados o en el domicilio de corresponsales debidamente autorizados por él, o a través de cualquier herramienta de pago mediante débito automático.

El importe de las primas podrá ser ajustado en cada aniversario de la póliza por el Asegurador o en cualquier momento, si las mismas no hubieran sufrido modificaciones durante los 12 meses anteriores.

El Asegurador comunicará al Tomador las nuevas primas con una anticipación no menor de 31 días a la fecha en que comiencen a regir las mismas.

Las primas podrán ser pagadas en efectivo por adelantado en anualidades o en cuotas con el recargo que fije el Asegurador.

Si las primas se pagaran fraccionadas en períodos menores de un año, el Asegurador deducirá de la suma asegurada, las fracciones de prima que en el momento de liquidarse la póliza por fallecimiento del Asegurado faltasen para completar la prima del año de seguro en curso.

En los seguros polianuales el Asegurador gana la prima de los períodos transcurridos, incluyendo el del siniestro (hasta la prima total cobrada), calculada sobre la base de la tarifa anual.

Artículo 13: Plazo de gracia

El Asegurador concede un plazo de gracia de 40 días para el pago, sin recargo de intereses, de todas las primas, plazo durante el cual esta póliza continúa en vigor.

Para el pago de la primera prima, el plazo de gracia se contará desde la fecha de vigencia de esta póliza. Para el pago de las primas siguientes dicho plazo de gracia correrá a partir de las 12 horas del día del vencimiento establecido en las Condiciones Particulares.

Vencido el plazo de gracia y no abonada la prima, caducarán los derechos emergentes de esta póliza.

Los derechos que esta póliza acuerda al Tomador y a los Asegurados nacen el mismo día y hora en que comienzan las obligaciones a su cargo establecidas precedentemente.

Si durante el Plazo de Gracia se produjera el fallecimiento del Asegurado, se deducirá de la suma a abonarse, la prima o fracción de prima impaga vencida.

Artículo 14: Falta de pago de las primas

Si cualquier prima no fuese pagada dentro del plazo de gracia, esta póliza caducará automáticamente, pero se adeudará al Asegurador la prima correspondiente al plazo de gracia, salvo que dentro de dicho plazo hubiese solicitado por escrito su rescisión, en cuyo caso deberá pagar una prima calculada a prorrata por los días transcurridos desde el vencimiento de la prima impaga hasta fecha de envío de tal solicitud, más los gastos administrativos que resultasen de ello.

Artículo 15: Facultades de Productor o Agente

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

- a. Recibir propuestas de celebración y modificación de contratos de seguros.
- b. Entregar los instrumentos emitidos por el Asegurador, referentes a contratos o sus prórrogas.
- c. Aceptar el pago de la prima si se halla en posesión de un recibo del Asegurador. La firma puede ser facsimilar.

Artículo 16: Cargas del Asegurado o Beneficiarios en caso de accidente

El Asegurado o los Beneficiarios comunicarán al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los tres 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.

El Asegurado o los Beneficiarios están obligados a suministrar al Asegurador, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo, la prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministre, y a permitirle al Asegurador las indagaciones necesarias a tales fines. La obstaculización por parte del Tomador o de cualquier Asegurado o de sus Beneficiarios para que se lleven a cabo estas indagaciones, liberará al Asegurador de cualquier obligación.

El Asegurador tendrá derecho, siempre que juzgue conveniente, y a su costa, de comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para él una obligación.

Artículo 17: Comprobación del fallecimiento

Corresponde a los Beneficiarios o a sus representantes, presentar la documentación pertinente, todas las pruebas relacionadas con el fallecimiento del Asegurado y la comprobación del derecho de los reclamantes. El Asegurador se reserva el derecho de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas de la muerte, debiendo los Beneficiarios prestar su conformidad y su concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones para realizarlas.

La autopsia o la exhumación deberán efectuarse con citación de los Beneficiarios, los que podrán designar un médico para representarlos. Todos los gastos que ellas motiven serán por cuenta del Asegurador, excepto los derivados del nombramiento del médico representante de los Beneficiarios.

Artículo 18: Comprobación de la invalidez

Corresponde al Asegurado:

- a. Desde el momento de hacerse aparentes las lesiones, someterse, a su cargo, a un tratamiento médico racional y seguir las indicaciones del facultativo que le asiste.
- b. Enviar al Asegurador un certificado del médico que lo atiende expresando la causa y naturaleza de las lesiones sufridas por el Asegurado, sus consecuencias conocidas o presuntas, y la constancia de que se encuentra sometido a un tratamiento médico racional.
- c. Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas.
- d. Remitir al Asegurador cada quince (15) días, certificaciones médicas que informen sobre la evolución de las lesiones y actualicen el pronóstico de curación.
- e. En caso de invalidez permanente, presentar la documentación pertinente que incluya el alta y los certificados que acreditan el grado de invalidez definitivo.
- f. Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por el Asegurador y con gastos a cargo de éste.
- g. Pagar las primas que hubiesen vencido durante el período de comprobación, sin perjuicio de su reintegro una vez acordados los beneficios.

Plazo de prueba: dentro de los quince (15) días de recibida la denuncia y/o constancias de la invalidez, contados desde la fecha que sea posterior, el Asegurador, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a que se refieren los puntos anteriores no resultan concluyentes en cuanto al carácter de invalidez, el Asegurador podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor a seis (6) meses, a fin de confirmar el diagnóstico. La no contestación, por parte del Asegurador dentro del plazo establecido, significará automáticamente el reconocimiento del beneficio reclamado.

Artículo 19: Valuación de peritos

Si no hubiera acuerdo entre las partes, las consecuencias indemnizables del accidente serán determinadas por los médicos designados uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los ocho (8) días 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 treinta (30) días y en caso de divergencia, el tercero deberá expedirse dentro del plazo de quince (15) días.

Si una de las partes omitiese designar médico dentro del octavo día de requerido por la otra o si el tercer facultativo no fuese electo en el plazo establecido en el apartado anterior, la parte más diligente podrá requerir su nombramiento a la Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación. Los honorarios y gastos de los médicos de las partes serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo, salvo en caso de equidistancia en que se pagarán por mitades entre las partes.

Artículo 20: Residencia en el extranjero

El Asegurado debe comunicar al Asegurador en forma fehaciente e inmediata, cuando fije su residencia en el extranjero.

Artículo 21: Reducción de las consecuencias

El Asegurado en cuanto le sea posible, debe impedir o reducir las consecuencias del siniestro, y observar las instrucciones del Asegurador al respecto, en cuanto sean razonables.

Artículo 22: Designación de Beneficiario

La designación de Beneficiario se hará por escrito y es válida aunque se notifique al Asegurador después del evento previsto.

Designadas varias personas sin indicación de cuota parte, se entiende que el beneficio es por partes iguales.

Cuando se designe a los hijos se entiende los concebidos y los sobrevivientes al tiempo de ocurrir el evento previsto.

Cuando se designe a los herederos, se entiende a los que por Ley suceden al Asegurado, si no hubiese otorgado testamento. Si lo hubiese otorgado, se tendrá por designados a los herederos instituidos. Si no se fija cuota parte, el beneficio se distribuirá conforme a las cuotas hereditarias.

Cuando el contrato no designe Beneficiario o por cualquier causa la designación se haga ineficaz o quede sin efecto, se entiende que designó a los herederos.

En caso de que uno de los Beneficiarios falleciera antes o al mismo tiempo que el Asegurado, la cuota que le hubiera correspondido será distribuida entre los Beneficiarios supérstites, en la proporción asignada en el contrato.

Artículo 23: Cambio de Beneficiario

El Asegurado o Tomador podrá cambiar en cualquier momento el o los Beneficiarios designados. Para que el cambio de Beneficiario surta efecto frente al Asegurador, es indispensable que éste sea notificado por escrito. Cuando la designación sea a título oneroso y ello conste en la póliza, no se admitirá el cambio sin la expresa conformidad del Beneficiario designado en la misma.

Si el cambio de Beneficiario no hubiere podido registrarse en la póliza, en caso de fallecimiento del Asegurado el pago se hará consignando judicialmente los importes que correspondan, a la orden conjunta de los Beneficiarios anotados en la póliza y los designados con posterioridad a aquellas en cualquier comunicación escrita del Asegurado recibida por el Asegurador hasta el momento de la consignación, dejando así librada a la resolución judicial la determinación de las personas Beneficiarias.

El Asegurador queda liberado si actuando diligentemente hubiera pagado las indemnizaciones correspondientes a los Beneficiarios designados con anterioridad a la recepción de cualquier notificación que modificara esa designación.

Artículo 24: Cumplimiento de la prestación del Asegurador

El pago se hará efectivo dentro de los quince (15) días de notificado el siniestro, o de cumplidos los requisitos a que se refieren los Artículos 16, 17 y 18 de estas Condiciones Generales, el que sea posterior. Cuando el Asegurador hubiese reconocido el derecho, pero aún no estuviera establecido el grado de invalidez permanente, el Asegurado podrá reclamar un pago a cuenta del 50% de la prestación estimada por el Asegurador. Con un plazo máximo de dieciocho (18) meses de ocurrido el accidente, se ajustará y liquidará definitivamente la prestación según la invalidez resultante en ese momento.

En caso de viaje aéreo del Asegurado si no se tuvieron noticias del avión por un período no inferior a dos meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la indemnización establecida en la presente póliza para el caso de la muerte. Si apareciera el Asegurado o se tuvieron noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de las sumas pagadas, pero el Asegurado podrá hacer valer sobre tales sumas las pretensiones a que eventualmente tenga derecho en el caso de que hubiese sufrido daños resarcibles cubiertos por la presente póliza.

Artículo 25: Caducidad por incumplimiento de obligaciones y cargas

El incumplimiento de las obligaciones y cargas impuestas al Asegurado por la Ley de Seguros (salvo que se haya previsto otro efecto en la misma para el incumplimiento) y por el presente contrato, produce la caducidad de los derechos del Asegurado si el incumplimiento obedece a su contrato, produce la caducidad de los derechos del Asegurado si el incumplimiento obedece a su culpa o negligencia, de acuerdo al régimen previsto en el artículo 36 de la Ley de Seguros.

Artículo 26: Rescisión unilateral

Sin perjuicio de las demás causales de rescisión y caducidad ya previstas, cualquiera de las partes tiene derecho a rescindir el presente contrato sin expresar causa. Cuando el Asegurador ejerza este derecho, dará un preaviso no menor de quince (15) días. Cuando lo ejerza al Asegurado, la rescisión se producirá desde la fecha en que notifique fehacientemente esa decisión.

Producida la rescisión, el Asegurador continuará cubriendo aquellos siniestros que hayan sido denunciados durante la vigencia de la póliza.

Cuando el seguro rija de doce a doce horas, la rescisión se computará desde la hora doce inmediata siguiente, y en caso contrario, desde la hora veinticuatro.

Si el Asegurador ejerce el derecho de rescindir, la prima se reducirá proporcionalmente por el plazo no corrido.

Si el Asegurado opta por la rescisión, el Asegurador tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido, según las tarifas de corto plazo.

En caso de rescindirse el contrato, después de haber ocurrido durante la vigencia, uno o varios accidentes cubiertos por el seguro que den lugar a la prestación por invalidez permanente parcial, el cálculo de la prima total a devolver se hará previa deducción del porcentaje de invalidez permanente reconocida.

Artículo 27: Domicilio para denuncias y declaraciones

El domicilio en que las partes deben efectuar las denuncias y declaraciones previstas en la Ley de Seguros o en el presente contrato, es el último declarado. Dichas denuncias y declaraciones se harán en forma expresa y fehaciente.

A todos los efectos, el domicilio del Asegurador será el de su Casa Central.

Artículo 28: Cómputo de plazos

Todos los plazos de días, indicados en la presente póliza, se computarán corridos, salvo disposición expresa en contrario.

Artículo 29: Prescripción

Las acciones fundadas en el presente contrato prescriben en el plazo de un año, computado desde que la correspondiente obligación es exigible. Los actos del procedimiento establecido por la Ley o el presente contrato para la liquidación del daño, interrumpen la prescripción para el cobro de la prima y de la indemnización.

El plazo de prescripción para el beneficiario se computa desde el nacimiento de su derecho a la prestación por parte del Asegurador.

Artículo 30: Prórroga de jurisdicción

Toda controversia judicial que se plantee en relación al presente contrato, se sustanciará entre los jueces competentes de la ciudad cabecera de la circunscripción judicial del domicilio del Asegurado, siempre que sea dentro de los límites del país.

Sin perjuicio de ello, el Asegurado o sus Beneficiarios, podrán presentar sus demandas contra el Asegurador, 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.

Artículo 31: Terminación de la cobertura

El riesgo de accidente previsto, automáticamente dejará de estar cubierto y la póliza se cancelará en los siguientes casos:

- a. Si la póliza dejase de hallarse en pleno vigor por falta de pago de cualquier prima y una vez vencido el plazo de gracia.
- b. A partir del momento en que el Asegurado haya recibido, por aplicación de las Condiciones Particulares, indemnizaciones equivalentes al capital asegurado.
- c. Si la póliza cubre el riesgo de incapacidad total, a partir de la fecha en que el Asegurado quedase comprendido en sus beneficios.
- d. Si se liquidase la póliza por cualquier motivo.
- e. A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla la edad máxima estipulada en las Condiciones Generales Específicas de cada cobertura.

Artículo 32: Duplicado de póliza y copia

En caso de robo, pérdida o destrucción de esta póliza, el Asegurado podrá obtener un duplicado en sustitución de la póliza original. Una vez emitido el duplicado, el original pierde todo valor. Las modificaciones efectuadas después de emitido el duplicado serán las únicas válidas.

El Asegurado tiene derecho a que se le entregue copia de las declaraciones efectuadas para la celebración del contrato y copia no negociable de la póliza. En ambos casos, los gastos correspondientes serán por cuenta del Asegurado.

Artículo 33: Moneda del contrato

Las obligaciones de las partes se cancelarán en moneda del contrato, la que se especifica en las Condiciones Particulares.

Todos los pagos a cargo del Asegurado deben ser efectuados en la moneda del contrato, quedando a criterio del Asegurador la aceptación de pagos en otra moneda, en la medida en que la legislación permita su libre convertibilidad a la moneda del contrato.

Si el contrato se hubiera pactado en moneda extranjera y, como consecuencia de cualquier disposición cambiaria emanada del Banco Central de la República Argentina u otro organismo competente, fuera imposible para las partes cumplir con sus obligaciones en la moneda pactada o existieran divergencias respecto del valor de la moneda extranjera utilizada, dichas obligaciones se convertirán de acuerdo con lo que oportunamente disponga la autoridad de control cambiario o de seguros.

En caso de que dichos organismos no se expidan, se aplicará la Cláusula de conversión que forma parte de la presente póliza.

Artículo 34: Modificación del contrato

Cualquier modificación al contrato deberá realizarse por escrito y refrendada por los funcionarios autorizados del Asegurador, de lo contrario carecerá de todo valor.

Artículo 35: Cesión de derechos

Cualquier cesión de derechos, gravamen, caución o garantía que tenga por base este contrato, deberá notificarse fehacientemente por escrito al Asegurador, el que lo hará constar en la póliza por medio de un endoso / anexo. Sin estos requisitos, los convenios realizados por el Asegurado con terceros, no tendrán ningún valor para el Asegurador y éste sólo reconocerá como propietaria de la póliza a la persona cuya vida se asegura.

Artículo 36: Impuestos, tasas y contribuciones

Los impuestos, tasas y contribuciones de cualquier índole y jurisdicción que puedan crearse en lo sucesivo o los aumentos eventuales de los existentes, estarán a cargo del Asegurado, de sus Beneficiarios o de sus herederos, según el caso, salvo cuando la Ley los declare expresamente a cargo exclusivo del Asegurador.

Artículo 37: Renovación

Este seguro será renovado automáticamente por períodos de un año, salvo que cualquiera de las partes de aviso a la otra por escrito que es su voluntad darlo por rescindido, en el caso del Asegurador, con un preaviso no menor de quince (15) días. El pago de la prima de un nuevo período acreditado mediante el recibo extendido en las formas usuales del Asegurador, se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

Artículo 38: Rehabilitación

No obstante lo dispuesto en el Artículo 13, el Tomador podrá, dentro de los 30 días siguientes al último día del Plazo de Gracia señalado en el mencionado artículo, pagar la prima de este seguro o la parte correspondiente de ella si se ha pactado su pago fraccionado; en este caso, por el sólo hecho del pago mencionado, los efectos de este seguro se rehabilitarán a partir de las cero horas del día siguiente a la fecha del pago, y la vigencia original se prorrogará automáticamente por el lapso igual al comprendido entre el último día del mencionado Plazo de Gracia y la fecha en que surte efecto la rehabilitación.

Sin embargo, si a más tardar al hacer el pago de que se trata, el Tomador solicita por escrito que este seguro conserve su vigencia original, el Asegurador ajustará y su caso, devolverá de inmediato a prorrata la prima correspondiente al período durante el cual casaron los efectos del mismo cuyos momentos inicial y terminal se indican al final del párrafo precedente.

Sin perjuicio de sus efectos automáticos, la rehabilitación a que se refiere esta cláusula deberá hacerla constar el Asegurador para fines administrativos, en el recibo que se emita con motivo del pago correspondiente y en cualquier otro documento que se emita con posterioridad a dicho pago.

El Asegurado podrá obtener su rehabilitación siempre que cumpla con las pruebas de asegurabilidad satisfactorias a juicio de la Compañía y abone las primas impagas vencidas hasta la fecha de la rehabilitación, con los intereses que fije el Asegurador y con los gastos administrativos que se originen.

Al producirse la rehabilitación el Asegurado renuncia a todo tipo de reclamo que pudiera corresponder por eventuales siniestros ocurridos desde la fecha de vencimiento del pago de la prima impaga y hasta las cero horas del día siguiente de efectuado el pago.

Artículo 39: Repatriación de restos

En caso de fallecimiento del Asegurado por accidente en el exterior, y de acuerdo con los Riesgos no Cubiertos, se cubren los gastos de repatriación del cuerpo al país de residencia permanente y habitual. Quedan excluidos los gastos de funerales e inhumación.

Artículo 40: Definiciones

Para los efectos del contrato de seguro, las siguientes palabras y frases tendrán el significado que a continuación se señala, a menos que el contrato requiera un significado diferente:

1. **Accidente:** se entiende por tal 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.

Se consideran también como accidentes: la asfixia por intoxicación por vapores o gases, la asfixia por inmersión u obstrucción en el aparato respiratorio que no provenga de enfermedad; la intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado consumidos en lugares públicos o adquiridos en tal estado; las quemaduras de todo tipo producidas por cualquier agente, salvo lo dispuesto en el Artículo 4, inc. 2); el carbunco, tétanos u otras infecciones microbianas o intoxicaciones cuando sean de origen traumático; rabia, luxaciones articulares y distensiones,

dilaceraciones y rupturas musculares, tendinosas y viscerales (excepto lumbalgias, varices y hernias) causadas por esfuerzos repentinos y evidentes al diagnóstico.

2. Tomador: es la persona física o jurídica con la cual se celebra el Contrato de Seguro, por su cuenta o por cuenta de un tercero.
3. Familia Asegurable: es el Asegurado Titular y cada uno de sus Dependientes que se indican en las Condiciones Particulares de esta póliza.
 - 3.1. Asegurado Titular: es la persona de la cual dependen económicamente los otros miembros de la Familia Asegurable, que ha quedado registrado como tal y cuya edad sea menor, a la fecha de emisión de la póliza, de 65 años o de la edad límite fijada en las Condiciones Particulares.
 - 3.2. Dependientes: las siguientes personas, siempre y cuando no tengan ingresos por trabajo personal y dependan económicamente del Asegurado Titular:
 - Su cónyuge, si a la fecha de emisión de la póliza, su edad es menor de 65 años o de la edad límite fijada en las Condiciones Particulares.
 - Sus hijos solteros mayores de un mes y menores de 21 años.
 - Sus hijos solteros mayores de 21 años pero menores de 25 años, siempre que sean estudiantes de tiempo completo.También se considerarán hijos los legalmente adoptados y los hijastros.
4. Asegurado: cada uno de los miembros de la Familia Asegurable, que a solicitud del Tomador ha quedado amparado bajo esta póliza.
5. Beneficiario: es la persona designada por cada uno de los Asegurados para recibir el beneficio del seguro en caso de fallecimiento del designante.
6. Médico: persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de la misma.

SEGURO INTEGRAL DE ACCIDENTES

**RIESGOS NO CUBIERTOS
ARTÍCULO 4 - CONDICIONES GENERALES**

Quedan excluidos de este Seguro:

Las consecuencias de las enfermedades de cualquier naturaleza inclusive las originadas por las picaduras de insectos, salvo lo especificado en el punto 1 del Artículo 40.

1. Las lesiones causadas por la acción de los rayos "x" y similares, y de cualquier elemento radiactivo, u originadas en reacciones nucleares; las lesiones imputables a esfuerzo salvo los casos contemplados en el punto 1 del Artículo 40; insolación, quemaduras por rayos solares, enfriamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales, psicopatías transitorias o permanentes y de operaciones quirúrgicas o tratamientos; salvo que cualquiera de tales hechos sobrevenga a consecuencia de un accidente cubierto conforme con el punto 1 del Artículo 40, o del tratamiento de las lesiones por él producidas.
2. Los accidentes que el Asegurado o los Beneficiarios, por acción u omisión provoquen dolosamente o con culpa grave o el Asegurado los sufra en empresa criminal.
3. No obstante quedan cubiertos los actos realizados para precaver el siniestro o atenuar sus consecuencias o por un deber de humanidad generalmente aceptado.
4. Los accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de enajenación mental, salvo cuando tales trastornos sean consecuencia de un accidente cubierto conforme al punto 1 del Artículo 40; o por estado de ebriedad o por estar el Asegurado bajo la influencia de estupefacientes o alcaloides.
5. Los accidentes que ocurran mientras el Asegurado tome parte en carreras, ejercicios o juegos atléticos de acrobacia o que tengan por objeto pruebas o contiendas de carácter excepcional, de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo; o mientras participe en viajes o excursiones a zonas inexploradas.
6. Los accidentes derivados de la navegación aérea no realizada en líneas de transporte aéreo regular, ya sea en calidad de tripulante, pasajero o mecánico.
7. Los accidentes derivados del uso de motocicletas y vehículos similares que no hayan sido específicamente incluidos en esta cobertura, o de la práctica de deportes riesgosos que no hayan sido expresamente cubiertos en las Condiciones Particulares.
8. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.) en cualquiera de sus manifestaciones, derivaciones o consecuencias directas o indirectas, y todas las enfermedades causadas por y/o relacionadas con el virus HIV; y enfermedades que son transmitidas sexualmente.
9. Los accidentes causados por hechos de guerra civil o internacional.
10. Los accidentes causados por hechos de guerrilla, rebelión, terrorismo, motín o tumulto popular, huelga o lock-out, cuando el Asegurado participe como elemento activo.
11. Los accidentes causados por fenómenos sísmicos, inundaciones u otros fenómenos naturales de carácter catastrófico.
12. Los accidentes que le ocurran al Asegurado mientras participe en su condición de integrante de las Fuerzas Armadas y que hayan sido provocados durante tumultos populares, rebelión, sedición, motín, insurrecciones y maniobras militares con simulacros de combate. Para el personal de la Fuerza Aérea o de la Aviación Militar o Naval se excluyen expresamente los accidentes derivados de la navegación aérea según se establece en las disposiciones de la Ley de Seguros y/o cuando realicen prácticas de paracaidismo.
13. Suicidio o su tentativa, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.

Los siniestros acaecidos en el lugar y en ocasión de producirse los acontecimientos enumerados en este artículo, se presume que son consecuencia de los mismos, salvo prueba en contrario del Asegurado.

SEGURO INTEGRAL DE ACCIDENTES

**CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS
INDEMNIZACION POR MUERTE ACCIDENTAL**

Artículo 1: Riesgo cubierto

El Asegurador pagará la Suma Asegurada de esta cobertura especificada en las Condiciones Particulares , si el Asegurado fallece a consecuencia de un accidente cubierto, dentro de los 180 días siguientes a la fecha del mismo.

Artículo 2: Terminación de la cobertura

La cobertura correspondiente a cada Asegurado, terminará cuando cumpla 70 años de edad.

Artículo 3: Deducción de otras indemnizaciones

Si a consecuencia del mismo Accidente cubierto que causó la muerte, se hubiesen pagado indemnizaciones por concepto de la Cobertura de Pérdidas Orgánicas o Invalidez correspondiente, éstas se deducirán de la indemnización que proceda por muerte.-

SEGURO INTEGRAL DE ACCIDENTES

**CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS
INDEMNIZACION POR INVALIDEZ TOTAL Y PARCIAL PERMANENTE POR ACCIDENTE**

Artículo 1: Riesgo Cubierto

Si a consecuencia de un Accidente Cubierto y dentro de los 180 días siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado sufre un estado de invalidez permanente, con prescindencia de su actividad o profesión, el Asegurador pagará una suma igual al porcentaje sobre la indemnización estipulada en las Condiciones Particulares, que corresponda de acuerdo con la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida y según lo indicado en la escala definida en el Artículo 2 de estas Condiciones.

Artículo 2: Escala de Beneficios

El Asegurador, comprobado el accidente abonará al Asegurado el porcentaje de la suma asegurada que establece la escala siguiente:

Total

Estado absoluto e incurable de alineación mental, que no permita al asegurado ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida.	100%
Fractura incurable de la columna vertebral que determina la invalidez total y permanente.	100%

Parcial**a) Cabeza:**

Sordera total e incurable de los dos oídos.	50%
Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular normal.	40%
Sordera total o incurable de un oído.	15%
Ablación de la mandíbula inferior.	50%

b) Miembros superiores:

	<u>Der.</u>	<u>Izq.</u>
Pérdida total de un brazo.	65%	52%
Pérdida total de una mano.	60%	48%
Fractura no consolidada de un brazo (seudoartrosis total).	45%	36%
Anquilosis del hombro en posición no funcional.	30%	24%
Anquilosis del hombro en posición funcional.	25%	20%
Anquilosis del codo en posición no funcional.	25%	20%
Anquilosis del codo en posición funcional.	20%	16%
Anquilosis de la muñeca en posición no funcional.	20%	16%
Anquilosis de la muñeca en posición funcional.	15%	12%
Pérdida total del pulgar.	18%	14%
Pérdida total del índice.	14%	11%
Pérdida total del medio.	9%	7%
Pérdida total del anular o el meñique.	8%	6%

c) Miembros inferiores:

Pérdida total de una pierna.	55%
Pérdida total de un pie.	40%
Fractura no consolidada de un muslo (seudoartrosis total).	35%
Fractura no consolidada de una pierna (seudoartrosis total).	30%
Fractura no consolidada de un pie (seudoartrosis total).	20%
Fractura no consolidada de una rótula.	30%

Anquilosis de la cadera en posición no funcional.	40%
Anquilosis de la cadera en posición funcional.	20%
Anquilosis de la rodilla en posición no funcional.	30%
Anquilosis de la rodilla en posición funcional.	15%
Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición no funcional.	15%
Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición funcional.	18%
Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos 5 cm.	15%
Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos 3 cm.	8%
Pérdida total del dedo gordo del pie.	8%
Pérdida total de otro dedo del pie.	4%

Por *pérdida total* se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o por la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizable en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional, pero si la invalidez deriva de pseudoartrosis, la indemnización no podrá exceder el 70% de la que corresponda por la pérdida total del miembro u órgano afectado.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponda por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte por cada falange si se trata de otros dedos.

De las indemnizaciones que correspondan por la pérdida de una mano o de un pie, se deducirán, las que se hubiesen abonado por la pérdida de dedos o falanges.

Por la pérdida de varios miembros u órganos, se sumarán los porcentajes correspondientes a cada miembro u órgano perdido, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para invalidez total permanente.

En el caso de varias pérdidas en uno o más accidentes, el Asegurador abonará la indemnización que corresponda a la suma de los respectivos porcentajes, cuando esa suma sea de 80% o más, se pagará la indemnización máxima prevista, es decir 100% de la suma asegurada.

En caso de constar en la solicitud que el Asegurado ha declarado ser zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnización fijados por las pérdidas de los miembros superiores.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la escala definida en esta cláusula, constituyan una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con la de los casos previstos y siempre independientemente de la profesión u ocupación del Asegurado.

Las invalideces derivadas de accidentes sucesivos ocurridos durante un mismo período anual de la vigencia de la póliza y cubiertos por la misma serán tomadas en conjunto a fin de fijar el grado de invalidez a indemnizar por el último accidente.

Si las consecuencias de un accidente ya indemnizado se agravaran y, durante el transcurso de los doce meses siguientes a la fecha del accidente, ocasionaran otra u otras pérdidas, el Asegurador pagará cualquier diferencia que pudiera corresponder, sin excederse el máximo de la cobertura.

Artículo 3: Terminación de la cobertura

La cobertura correspondiente a cada Asegurado terminará cuando cumpla 65 años de edad.

Artículo 4: Exclusiones Específicas

Esta póliza no cubre:

1. Mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
2. Los tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.

SEGURO INTEGRAL DE ACCIDENTES**CLAUSULA DE COBRANZA DEL PREMIO****Artículo 1:**

El/los premio/s (anual, mensual, bimestral, trimestral, cuatrimestral o semestral, según se indique en las condiciones particulares), de este seguro, debe/n pagarse al contado en la fecha de iniciación de la vigencia de cada período de facturación o, si el Asegurador lo aceptase, en cuotas mensuales iguales y consecutivas (expresadas en pesos o moneda extranjera establecidas en las condiciones particulares, en las que constarán asimismo el plazo del pago de las cuotas).

El componente financiero se calculará de acuerdo a lo dispuesto en el art. 4° de la Resolución General N° 21.523 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.

El comienzo de la Vigencia de las pólizas o Contratos de seguros quedará condicionado al pago parcial o total de premio.

En el caso de que el pago del premio se convenga en cuotas, la primera de ellas deberá contener además, el total del impuesto al Valor Agregado correspondiente al contrato, conforme lo dispuesto por el punto 5, del inciso b) del art. 5° de la Ley de Impuesto al Valor Agregado.

Se entiende por premio la prima más los impuestos, tasas, gravámenes y todo otro recargo adicional a la misma.

Artículo 2:

Vencido cualquiera de los plazos de pago del premio exigible sin que éste se haya producido, la cobertura quedará automáticamente suspendida desde la hora veinticuatro (24) del día de vencimiento impago, sin necesidad de interpelación extrajudicial o judicial alguna ni constitución en mora, la que se producirá por el solo vencimiento de ese plazo. Sin embargo, el premio correspondiente al período de cobertura suspendida quedará a favor del Asegurador como penalidad.

Toda rehabilitación surtirá efecto desde la hora cero (00:00) del día siguiente a aquél en que la Aseguradora reciba el pago del importe vencido.

Sin perjuicio de ello, el Asegurador podrá rescindir el contrato por falta de pago. Si así lo hiciera quedará a su favor como penalidad, el importe del premio correspondiente al período transcurrido desde el inicio de la cobertura hasta el momento de la rescisión, calculado de acuerdo a lo establecido en las Condiciones de Póliza sobre rescisión por causa imputable al Asegurado.

La gestión del cobro extrajudicial o judicial del premio o saldo adeudado no modificará la suspensión de la cobertura o rescisión del contrato estipulada fehacientemente.

No entrará en vigencia la cobertura de ningún período en tanto no esté totalmente cancelado el premio anterior.

Artículo 3:

El plazo de pago no podrá exceder el plazo de la facturación, disminuido en treinta (30) días.

Artículo 4:

Las disposiciones de la presente Cláusula son también aplicables a los premios de los seguros de períodos menores de un (1) año, y a los adicionales por endosos o suplementos de la póliza.

Artículo 5:

Quando la prima quede sujeta a la liquidación definitiva sobre la base de las declaraciones que deba efectuar el Asegurado, el premio adicional deberá ser abonado dentro de los dos (2) meses desde el vencimiento del contrato.

Artículo 6:

Todos los pagos que resulten de la aplicación de esta Cláusula se efectuarán en las oficinas del Asegurador o en el lugar que se conviniere fehacientemente entre el mismo y el Asegurado.

Artículo 7:

Aprobada la liquidación de un siniestro el Asegurador podrá descontar de la indemnización, cualquier saldo o deuda vencida de este contrato.

SEGURO INTEGRAL DE ACCIDENTES**CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS
CLAUSULA DE INTERPRETACION**

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

I - Artículo 1: Hechos de guerra internacional

Se entiende por tales los hechos dañosos originados en un estado de guerra (declarada o no) con otro u otros países, con la intervención de fuerzas organizadas militarmente (regulares o irregulares y participen o no civiles).

Artículo 2: Hechos de Guerra Civil

Se entiende por tales los hechos dañosos originados en un estado de lucha armada entre habitantes del país o entre ellos y fuerzas regulares, caracterizado por la organización militar de los contendientes (participen o no civiles), cualquiera fuese su extensión geográfica, intensidad o duración que tienda a derribar los poderes constituidos u obtener la secesión de una parte del territorio de la Nación.

Artículo 3: Hechos de rebelión

Se entiende por tales los hechos dañosos originados en un alzamiento armado de fuerzas organizadas militarmente (regulares o irregulares y participasen o no civiles) contra el Gobierno Nacional constituido, que conlleven resistencia y desconocimiento de las órdenes impartidas por la jerarquía superior de la que dependen y que pretendan imponer sus propias normas.

Se entienden equivalentes a los de rebelión, otros hechos que encuadran en los caracteres descriptos, como ser: revolución, sublevación, usurpación del poder, insurrección, insubordinación, conspiración.

Artículo 4: Hechos de rebelión

Se entiende por tales los hechos dañosos originados en el accionar de grupos (armados o no) que se alzan contra las autoridades constituidas en el lugar, son rebelarse contra el Gobierno Nacional o que se atribuyan, los derechos del pueblo, tratando de arrancar alguna concesión favorable a su pretensión.

Se entienden equivalentes a los de sedición otros hechos que encuadran en los caracteres descriptos, como ser: asonada, conjuración.

Artículo 5: Hechos de tumulto popular

Se entiende por tales los hechos dañosos originados a raíz de 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 a que algunos las empleasen.

Se entienden equivalentes a los hechos de tumulto popular otros hechos que encuadren en los caracteres descriptos, como ser: alboroto, alteración del público, desórdenes, revueltas, conmoción.

Artículo 6: Hechos de vandalismo

Se entiende por tales los hechos dañosos originados por el accionar destructivo de turbas que actúan irracionalmente y desordenadamente.

Artículo 7: Hechos de guerrillas

Se entiende por tales los hechos dañosos originados a raíz de las acciones de hostigamiento o agresión de grupos armados irregulares (civiles o militarizados), contra cualquier autoridad de fuerza pública o sectores de la población.

Se entienden equivalentes a los hechos de guerrilla, los hechos de subversión.

Artículo 8: Hechos de terrorismo

Se entienden por tales los hechos dañosos originados en el accionar de una organización siquiera rudimentaria que, mediante la violencia en las personas o en las cosas, provoca alarma, atemoriza o intimida a las autoridades constituidas o a la población o a sectores de ésta o a determinadas actividades. No se consideran hechos de terrorismo aquellos aislados o esporádicos de simple malevolencia que no denoten algún rudimento de organización.

Artículo 9: Hechos de huelga

Se entiende por tales los hechos dañosos originados a raíz de la abstención concertada de concurrir al lugar de trabajo o de trabajar, dispuesta por entidades gremiales de trabajadores (reconocidas o no oficialmente) o por núcleo de trabajadores al margen de aquellas.

No se tomará en cuenta la finalidad gremial o extragremial que motivó la huelga, así como tampoco su calificación de legal o ilegal.

Artículo 10: Hechos de lock – out

Se entiende por tales los hechos dañosos originados por:

- a) El cierre de establecimientos de trabajo dispuesto por uno o más empleadores o por entidad gremial que los agrupa (reconocida o no oficialmente).
- b) El despido simultáneo de una multitud de trabajadores que paralice total o parcialmente la explotación de un establecimiento.

No se tomará en cuenta la finalidad gremial o extragremial 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 civil o internacional, de rebelión, de sedición o motín, de tumulto popular, de vandalismo, de guerrilla de terrorismo, 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 del seguro.

SEGURO INTEGRAL DE ACCIDENTES**CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS
CON LA PRIMA EXCLUSIVAMENTE A CARGO DEL CONTRATANTE****Artículo 1:**

El Contratante declara al concertar el seguro que la prima se encuentra exclusivamente a su cargo.

Artículo 2:

El presente seguro rige para cada una de las personas comprendidas en la nómina anexa a la póliza y por las prestaciones especificadas en la misma, mientras permanezcan al servicio del Contratante.

Los ajustes de la prima que correspondan con motivo de la exclusión de asegurados cesantes en el empleo o de la incorporación de nuevos asegurados, se efectuarán a prorrata del tiempo transcurrido como asegurado o del que falte hasta el vencimiento de la póliza desde el día de la notificación de la cesantía al Asegurador, o de la aceptación por el mismo de la incorporación de los nuevos asegurados, respectivamente, teniendo en cuenta la prima a aplicar de acuerdo con el riesgo.

En los casos de seguro a prima única, contratados por varios años, si la exclusión o inclusión de personal se produjera luego de transcurrido el primer año, el Asegurador retendrá o percibirá la prima anual a prorrata del tiempo transcurrido o a transcurrir hasta el vencimiento de la póliza.

Cuando las exclusiones e inclusiones fueran simultáneas, la prima a retener o a percibir se calculará sobre el saldo de capital no compensado entre ellas y en la forma indicada precedentemente.

Artículo 3:

Se instituye beneficiario en primer término al Contratante, con preeminencia sobre los restantes beneficiarios que conservarán su derecho sólo sobre el saldo de la prestación: a) por el monto que resultase de cualquier responsabilidad civil o legal que tuviera que asumir con motivo de accidentes cubiertos por la póliza que sufrieran los asegurados a que se refiere el inciso 2 de esta Cláusula; b) por el monto del perjuicio concreto resultante de un interés económicamente lícito que demostrara con respecto a la vida o salud de los asegurados a que se refiere el inciso 2 de esta Cláusula, cuando éstos sufrieran accidentes cubiertos por la Póliza.

Artículo 4:

Previa citación al Contratante para que en el término de tres días haga valer su derecho al cobro preferente conforme con el inciso anterior, el pago del saldo de las prestaciones se hará directamente a los demás asegurados o beneficiarios que justifiquen sus derechos. En caso de desacuerdo entre los interesados, se consignará judicialmente el importe.

SEGURO INTEGRAL DE ACCIDENTES

**CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS
REINTEGRO DE GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE**

Artículo 1: Beneficio

La Compañía tomará a su cargo los gastos médicos por accidente en que haya incurrido el Asegurado, a causa de cualquier accidente cubierto por la póliza, que tenga lugar durante el período de vigencia de esta cobertura.

La indemnización de la presente cláusula corresponde a los gastos cubiertos ocasionados por el accidente hasta la suma asegurada máxima. A dicho importe, se le deducirá el importe de la franquicia. Tanto la suma asegurada máxima como la franquicia estarán definidas en las Condiciones Particulares.

Los gastos cubiertos por la presente Clausula serán: los honorarios médicos, el costo de internación, los gastos por asistencia de enfermería domiciliaria, el costo de los productos farmacéuticos, los gastos ocasionados por curas de urgencia o de primeros auxilios, radiografías y tratamientos especiales mediando prescripción médica.

Se considerará como consecuencia de accidente a los gastos motivados por las lesiones que sufriera el Asegurado directa y exclusivamente por causas externas, violentas y fortuitas, ajenas a toda otra causa e independientes de su voluntad, descartándose todo tipo de enfermedad e infecciones.

Artículo 2: Carácter del Beneficio

Cualquier beneficio que reciba el Asegurado en virtud de esta cláusula, es adicional e independiente de toda otra cobertura, la cual se mantendrá en vigor, en tanto el Tomador continúe realizando, en caso de que así corresponda, el pago de las primas inherentes a la misma.

Por tratarse de un seguro de daños, si se asegura el mismo interés y el mismo riesgo con más de un Asegurador, el Asegurado notificara sin dilación a cada uno de ellos, los demás contratos celebrados con indicación del Asegurador y de la suma asegurada, bajo pena de caducidad. Con esta salvedad en caso de siniestro el Asegurador contribuirá proporcionalmente al monto de su contrato, hasta la concurrencia de la indemnización debida. El Asegurado no puede pretender en el conjunto una indemnización que supere el monto del daño sufrido.

Artículo 3: Comprobación del Accidente

Será condición necesaria para obtener el beneficio otorgado por esta cláusula, la presentación de las facturas originales, probatorias de los gastos efectuados, conjuntamente con la prescripción por parte del médico tratante. Tal documentación deberá ser presentada a la Compañía dentro de un plazo de hasta 10 días posteriores a la fecha en que tales gastos hayan sido incurridos.

Cualquier demora de dicha información, salvo caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia, hará perder al Asegurado el derecho a los beneficios que le corresponderían por los días anteriores a la fecha de recepción de esa información por la Compañía.

Se deberán suministrar a la Compañía todas las pruebas necesarias para la comprobación de la causa del accidente y la forma en que se produjo, reservándose la Compañía el derecho de revisar al Asegurado por facultativos de su elección y con gastos a su cargo para comprobar la procedencia de la reclamación de los beneficios. Asimismo, podrá solicitar información a los médicos que hayan asistido al Asegurado y podrá adoptar todas las medidas tendientes a comprobar y controlar las informaciones recibidas, así como esclarecer presuntos errores, simulaciones o fraudes, con todos los gastos a su cargo.

El Asegurado perderá todo derecho a indemnización si cualquier información fuera simulada o fraudulenta, sin perjuicio de las acciones legales que correspondan.

Artículo 4: Riesgos no cubiertos

Además de lo previsto en los artículos cuarto y quinto de las Condiciones Generales de la póliza, quedan excluidos de la presente cobertura:

- a) Los gastos por viajes y estadías para tratamientos termales o convalecencias.
- b) El suministro de lentes, aparatos ortopédicos y prótesis dentales así como aquellos consecuencia de cirugía plástica

Artículo 5: Inicio y Terminación de la Cobertura

La cobertura establecida por esta cláusula inicia su vigencia en la fecha señalada en las condiciones particulares.

La cobertura de la presente cláusula se renovará anualmente en forma automática, siempre y cuando no se produzca la rescisión del contrato ni la terminación de la misma.

La cobertura de esta cláusula termina a partir del aniversario póliza siguiente a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad máxima estipulada en las Condiciones Particulares para esta cobertura, sin perjuicio de las demás causas de terminación previstas en las Condiciones Generales.

Artículo 6: Determinación de la Cobertura

Esta cobertura queda sometida a las condiciones y estipulaciones de la póliza en cuanto no sean modificadas o derogadas expresamente por las de la presente cláusula.

¿Sabías que en Swiss Medical Seguros contamos con un Departamento de Prevención de Fraude?

Nuestra compañía está comprometida a cumplir con el decálogo de desafíos éticos propuesto en la resolución SSN 38.477, que destaca las buenas prácticas, la debida diligencia, el trato justo y la buena fe.

¿Qué es el fraude?

Es toda acción contraria a la verdad y a la buena fe, llevada a cabo con la finalidad de obtener un beneficio que no corresponde. Está penado legal, ética, moral y socialmente.

Recomendaciones:

- No firmar en blanco formularios de reclamos o denuncias de siniestros.
- No aceptar dinero, suscribir documentos o acordar apoderamientos cuyos alcances y efectos no comprendan, como tampoco reconocer hechos que no han sucedido, ni aceptar la asistencia letrada proporcionada por terceros desconocidos.
- No modificar el estado de las cosas dañadas por el siniestro como tampoco exagerar fraudulentamente los daños, emplear pruebas falsas o proporcionar información complementaria falsa.
- El fraude que afecta al asegurador es un delito. La variación, simulación o tergiversación de circunstancias personales, temporales, objetivas, de causalidad, de lugar, y la provocación deliberada, o la simulación total o parcial del acaecimiento del siniestro, son algunas de las formas de fraudes más comunes, lo que lleva a admitirlo como natural, sin comprender la gravedad que conlleva.
- No avenirse a cooperar en la realización de una maniobra de fraude.
- No aceptar ofrecimientos económicos con la pretensión de cobrar indemnizaciones por heridas autoinfligidas, simulación de accidentes, etc.
- No facilitar tus datos a terceros sin tener un motivo justificado.
- Consultar con tu aseguradora ante cualquier duda o eventualidad y comunicar novedades que surjan.
- Formular la denuncia del acaecimiento del siniestro y solicitar el número del mismo.

¡Vos también podés ayudarnos a prevenir el fraude!

En caso de conocer o sospechar de alguien que cometa fraude en seguros podés comunicarte al 0800-999-7745 o al 4363-4041. También podés enviar un correo electrónico a denuncias@swissmedical.com.ar o completar el formulario desde nuestra web: <https://www.swissmedical.com.ar/smgnewsite/smgilfe/fraude.php>

Enterate más:



Para denunciar un caso de fraude ante la Superintendencia de Seguros de la Nación (SSN) ingresá a www.ssn.gob.ar o comunicate al 0800-866-8400.



**ANEXO IV: Términos y condiciones del Servicio de
Multiasistencia**



TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL SERVICIO "Multiasistencia GOLD Banco Patagonia".

IBERO prestará a favor de los Beneficiarios los Servicios que se detallan en estos Términos y Condiciones. Los Servicios se brindarán en el ámbito de la República Argentina, salvo que alguna de las prestaciones especifique un ámbito geográfico distinto.

En caso que el beneficiario requiera del Servicio, éste deberá contactarse con IBERO al: 0000 000 0000 las 24hs, los 365 días del año.

I. GLOSARIO

Siempre que para los términos definidos a continuación se utilicen letras mayúsculas, los mismos tendrán el significado que aquí se les atribuye:

Beneficiario: Persona o personas con derecho a solicitar la prestación de los Servicios. Salvo indicación en contrario en algún Servicio particular, será considerado Beneficiario únicamente el individuo informado por la Contratante como con derecho a los Servicios.

Contratante: MAPFRE S.A.

IBERO: Es IBERO ASISTENCIA S.A.

Vivienda Declarada: El domicilio particular del Beneficiario informado por la Contratante.

Tope: En caso que la prestación de algún Servicio particular esté limitada en función de su costo económico, el Tope será el límite monetario por hasta el cuál IBERO brindará el Servicio (con IVA incluido). Si frente a una solicitud de Servicio, el costo del Servicio supere el Tope establecido, el Servicio podrá ser brindado respetándose el procedimiento establecido en el apartado "SERVICIOS POR SOBRE LOS TOPES ESTABLECIDOS" detallado al final de este documento.

Pesos: La moneda de curso legal vigente en la República Argentina.

Período de Carencia: El período de tiempo durante el cual el Beneficiario no tendrá acceso a los Servicios, e IBERO no tendrá obligación de brindarlos. En todos los casos, el Período de Carencia comienza a contarse desde el día y horario en el que el Beneficiario adquiere los Servicios, o bien cuando adquiere el carácter de "Beneficiario". Salvo indicación en contrario dentro de algún Servicio en particular, todos los Servicios cuentan con un Período de Carencia de 72 horas hábiles.

II. SERVICIOS COMPRENDIDOS

a. ASISTENCIA MEDICA

i. ASISTENCIA ODONTOLÓGICA.

En caso que el beneficiario sufra dolor dental agudo y/o punzante, o inflamación o edema que requiera de asistencia de emergencia (ya sea por accidente o por enfermedad), IBERO brindará un servicio de urgencia, el cual consistirá de una guardia odontológica las 24 hs. El Servicio se limitará al tratamiento de dolor, infección y extracción de la pieza dentaria afectada. Si a raíz del tratamiento, el profesional debiese realizar alguna de las practicas que se detallan a continuación, y siempre que se cuente con el consentimiento del Beneficiario, IBERO tomará a su cargo la realización de las mismas, por hasta el Tope Establecido.

- Radiografías (Periapicales y Coronales)

- Endodoncia (Tratamiento de conducto)
- Operatoria dental (obturación simple, compuesta y compleja)
- Periodoncia (tratamiento gingivitis)
- Cirugías: dientes (permanentes/temporales); (radiculares/fracturados)

Eventos disponibles: Hasta de 1 (uno) Eventos por año.

Tope: Hasta 20.000 \$ (veinte mil pesos) por Evento.

Tareas no comprendidas en el Servicio de Asistencia Odontológica

- Tratamientos preventivos.
- Toda práctica que no revista tratamiento del dolor.
- Tratamiento de caries preexistentes que no generen una urgencia.
- Pernomujón y corona dental.
- Implantes.
- Fluoración.
- Ortodoncia.
- Tratamientos de urgencia que sean consecuencia de tratamientos odontológicos anteriores.

ii. ENVÍO DE MEDICAMENTOS

El beneficiario podrá solicitar a IBERO el envío de medicamentos a la Vivienda Declarada hasta el Tope Establecido.

Los costos de los medicamentos serán a cargo del Beneficiario.

El servicio será brindado en el horario de atención al público de lunes a sábados de 8 am a 8 pm.

Eventos disponibles: Hasta de 1 (uno) Eventos por año.

Tope: Hasta 20.000 \$ (veinte mil pesos) por Evento.

iii. MEDIPHONE 24 – ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA

El Beneficiario podrá solicitar asesoramiento médico telefónico brindado por profesionales sobre los temas que se detallan debajo.

- Asesoramiento acerca de dudas e interrogantes relacionados a la salud en general
- Orientación sobre medicación. Reacciones adversas, efectos secundarios, contraindicaciones
- Orientación materno infantil
- Recomendaciones dietarias 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
- Servicio de acompañamiento
- Enfermeros
- Radiología (en consultorio y a domicilio en caso de imposibilidad de trasladarse)
- Kinesiólogía a domicilio
- Traslados programados
- Farmacias de turno
- Envío de medicamentos
- Mensajería
- Servicio doméstico eventual

Los costos en los que decida incurrir el beneficiario en virtud del asesoramiento telefónico recibido (como ser costos de diagnóstico, tratamientos, medicamentos, entre otros) en todos los casos serán a cargo del beneficiario.

Eventos disponibles: Sin límite de Eventos.

Tope: Sin Tope por Evento.

Tareas no comprendidas en el Servicio de Mediophone.

- La realización de diagnósticos y recetas
- La opinión profesional respecto de diagnósticos y tratamientos emanados de otros profesionales.

iv. MÉDICO ONLINE

El Beneficiario tendrá acceso a una videollamada con un profesional médico matriculado, a los efectos de realizar consultas médicas de criticidad baja.

Las consultas realizadas podrán únicamente referirse a las siguientes especialidades:

- Pediatría
- Medicina en general
- Ginecología y obstetricia

Siendo las patologías tratadas, entre otras relacionadas con las especialidades contempladas:

- Resfrío
- Sinusitis
- Gripe
- Problemas pediátricos de baja complejidad
- Erupciones cutáneas
- Asma
- Alergia
- Infecciones del tracto urinario
- Dolor de garganta
- Vómitos
- Problemas relacionados al deporte
- Diarrea
- Consejería para dejar de fumar

Eventos disponibles: Hasta de 2 (dos) Eventos por mes, hasta 24 (veinticuatro) Eventos por año.

Tope: Sin Tope por evento.

Tareas no comprendidas en el Servicio de Médico Online

El Servicio no comprende y no deberá ser utilizado para consultar respecto de (i) problemas médicos complejos, o de una gravedad tal que puedan suponer peligro para la vida o salud del Beneficiario, (ii) eventos que se puedan ser considerados una emergencia, o de urgencia un caso grave, (iii) afecciones del corazón o cerebrales, y (iv) cualquier otro supuesto que, a criterio de IBERO o el proveedor médico contactado, no pueda ser atendido o resuelto mediante una videollamada, por tratarse de problemas médicos que requieren de atención inmediata en sala de guardia, o un tratamiento que excede el alcance de este servicio. Se detalla a continuación, de manera meramente ejemplificativa, algunas situaciones o casos no contemplados dentro de este servicio:

- Dolor o presión en el pecho
- Hemorragia o sangrado significativo
- Pérdida de la conciencia
- Envenenamiento
- Quemaduras moderadas a severas
- Convulsiones/Epilepsia
- Dificultad para respirar
- Lesión grave de la cabeza, el cuello o la espalda
- Afectación grave de alguna extremidad
- Fracturas o hueso roto
- Recetas de:
 - o Narcóticos
 - o Opioides

- o Sedantes y relajantes musculares
- o Medicamentos que requieren una estrecha vigilancia por parte de un profesional de la salud (Clonazepam, Anfetaminas, etc.)
- o Medicamentos que requieren administración por parte de un profesional de la salud o capacitación para el uso por primera vez (Remicade, Epogen, Enbrel, etc.)

v. DESCUENTO EN FARMACIAS

El Beneficiario podrá solicitar un descuento sobre la compra de medicamentos recetados en Farmacias adheridas.

Para obtener el descuento, el Beneficiario deberá comunicarse con IBERO para que se le informe la Farmacia adherida más cercana, y para que IBERO pueda autorizar la receta sobre la cual operará el descuento. Al momento de la compra, el Beneficiario o la persona que realice la compra deberá presentar el DNI del Beneficiario

Serán recetas válidas aquellas recetas con fecha de emisión menor a 30 días, pueden ser impresas o digital y deberá contar con firma digital u ológrafa, emitidos por profesionales particulares o instituciones médicas, y que contengan la siguiente información:

- Denominación de la entidad
- Nombre y Apellido del paciente
- Medicamentos recetados por principio activo. En todos los casos se deberá incluir una marca sugerida, incluida en el Vademécum
- Cantidad de cada medicamento
- Firma y sellos con n° de matrícula y aclaración
- Fecha de prescripción

El Beneficiario debe abstenerse de incurrir en gastos en farmacias no autorizadas por IBERO. En caso que el Beneficiario haya realizado una compra sin obtener la autorización de IBERO, el Beneficiario no tendrá derecho a reintegro alguno. A su vez, IBERO no autorizará descuentos sobre recetas médicas que hayan superado los 30 días corridos de vigencia. IBERO tampoco autorizará descuentos sobre recetas que contengan más de tres medicamentos.

Las Farmacias prestadoras atenderán al Beneficiario en el horario habitual de atención al público.

Eventos disponibles: Hasta de 1 (uno) Evento por mes.

Tope: Hasta 10.000 \$ (diez mil pesos) por Evento.

Límites del Servicio:

- Límite de cantidades: Hasta 3 medicamentos por receta.
- Beneficio del 50% de descuento en todo el país.
- Beneficio no acumulable con cualquier otro descuento o rebaja relacionado a obras sociales, prepagas, y similares.

Tareas no comprendidas en el Servicio de Descuento En Farmacias:

Los descuentos mencionados se aplicarán únicamente sobre las especialidades medicinales comprendidas en el Manual Farmacéutico o similares, con excepción de lo siguiente:

- Accesorios. (Material de curaciones, descartable, tiras reactivas, etc.)
- Agentes Inmunosupresores
- Agentes para contraste radiológico
- Dentífricos
- Derivados de la sangre y Eritropoyetina
- Droga Orlistat (Ej.: Xenical o productos de próxima aparición)
- Droga Riluzol (Ej.: Rilutek o productos de próxima aparición)
- Droga Sildenafil (Ej.: Viagra, Sildenafil, Lumix o productos de próxima aparición)
- Drogas Oncohematológicas (ej.: Leucomax, Neupogen, factores estimulantes de colonias)
- Drogas utilizadas en el tratamiento del sida

- Elementos fijadores y de limpieza de prótesis dentales, pastas, polvos e hilo dental
- Fórmulas magistrales, flores de Bach y herboristería
- Interferones
- Productos de perfumería, cosmética y dermatocosmética
- Productos de uso exclusivo en internación
- Productos de venta libre
- Productos dietéticos, alimenticios y leches
- Productos para quimioterapia antineoplásica (oncológicos)
- Productos que actúan sobre el crecimiento. (Hormona de crecimiento y anabólicos)
- Productos que regulan la natalidad. (Anticonceptivos orales, locales y productos para tratamiento de la esterilidad)
- Productos sin troquel
- Soluciones parenterales de pequeño y gran volumen
- Sueros y vacunas.
- Drogas genéricas.

vi. ASISTENCIA NUTRICIONAL TELEFÓNICA

El Beneficiario podrá solicitar asesoramiento nutricional telefónico brindado por profesionales sobre los temas que se detallan en la presente cláusula. Los costos en los que decida incurrir el Beneficiario a partir del llamado (como ser, costos de diagnóstico, tratamientos, medicamentos), en todos los casos serán a cargo del Beneficiario:

- Planes orientativos de alimentación saludable con ejemplos de desayunos, almuerzos y cenas indicando calorías recomendadas para una población sana (ejemplos de viandas)
- Prevención de obesidad y promoción de la salud.
- Información práctica de recetas clásicas adaptadas a distintas patologías
- Asesoramiento sobre productos disponibles en el mercado orientados a las distintas patologías (celiaquía, diabetes, etc.)

Eventos disponibles: Sin límite de eventos.

Tope: Sin Límite

Tareas no comprendidas en el Servicio de Asistencia Nutricional

La realización de diagnósticos y recetas

La opinión profesional respecto de diagnósticos y tratamientos emanados de otros profesionales

vii. ASISTENCIA PSICOLÓGICA TELEFÓNICA

El Beneficiario tendrá acceso a un servicio de contención psicológica a través de una línea telefónica, el cual será brindado por profesionales en la materia y ante situaciones de:

- Soledad
- Angustia
- Cuadros depresivos
- Duelo

El servicio sólo consistirá en la contención y la escucha del Beneficiario. En caso que el profesional lo estime necesario, recomendará al solicitante asistencia médica o profesional, según el cuadro.

Eventos disponibles: Sin límite de eventos.

Tope: Sin Límite

Tareas no comprendidas en el servicio de Asistencia psicológica telefónica

- No se considera este servicio como la prestación de servicios de salud y no cubre situaciones de emergencias y urgencias médicas, o en todo caso situaciones que requieran de atención médica inmediata.
- Emisión de informes, certificaciones, prescripciones, diagnósticos o cualquier otro tipo de dictamen escrito ni se recetarán o recomendarán medicamentos.
- El coste de los servicios a los que el Beneficiario acceda por la información proporcionada a través del presente servicio, ni se cubrirá cualquier otro gasto médico en general.

b. SERVICIO DE ASISTENCIA AL HOGAR

i. ASISTENCIA DOMICILIARIA POR URGENCIA/EMERGENCIA

Descripción del Servicio:

Se tratan de servicios asistenciales de urgencia o emergencia que tienen como objetivo solucionar o mitigar daños, averías y/o desperfectos en la Vivienda Declarada del Beneficiario.

Se entiende por urgencia, emergencia, cuando no se pueda convivir con el inconveniente, es decir de no repararlo presenta un problema para la habitabilidad de la vivienda.

Alcances del Servicio:

El Servicio contempla los siguientes rubros: Plomería, Cerrajería, Electricidad, Destapaciones y Gasista.

Los costos de desplazamiento del operario, materiales básicos (aquellos elementos necesarios para realizar el trabajo) y mano de obra que requieran para la reparación serán a cargo de IBERO, hasta el Tope establecido.

Los costos de los repuestos necesarios para la asistencia serán a cargo del Beneficiario.

Eventos disponibles: Hasta de 3 (tres) Eventos por rubro por año.

Tope: Hasta 20.000 \$ (veinte mil pesos) por Evento.

Plomería:

En caso de rotura de cañerías, llaves u otras instalaciones fijas de agua en la Vivienda Declarada que se encuentren a la vista (caños flexibles, sifones bajo mesada, etc.), IBERO enviará un operario que realizará la reparación de urgencia que se requiera para subsanar la avería, siempre y cuando el estado de tales instalaciones lo permita.

Materiales básicos del rubro Plomería: cinta teflón, selladores y similares.

Tareas no comprendidas dentro del servicio de Plomería:

- La reparación de averías o fallas de cualquier elemento ajeno a las cañerías, llaves u otras instalaciones de origen propias de la vivienda.
- La reparación de cañerías, llaves u otras instalaciones fijas de agua de la vivienda beneficiada que no se encuentren a la vista.
- La reparación de daños por filtración o humedad, aunque sean consecuencia de la rotura de las cañerías y otras instalaciones mencionadas en el apartado anterior de este mismo punto.
- La reparación y/o reposición de aparatos sanitarios, calderas, calentadores, radiadores, aire acondicionado y, en general, cualquier electrodoméstico conectado a las cañerías de agua.
- La reposición o reparación de paredes, pisos, azulejos o cualquier otra superficie ajena a las tuberías, aunque sean consecuencia del trabajo realizado.

Electricidad

En caso de falta de energía eléctrica en la Vivienda Declarada, consecuencia de una falla o avería de las instalaciones eléctricas de la misma, IBERO enviará un operario que realizará la reparación de urgencia necesaria para restablecer el suministro de energía, siempre que el estado de las instalaciones lo permita.

Tareas no comprendidas dentro del servicio de Electricidad:

- La reparación o reposición de elementos propios de la iluminación, tales como artefactos, lámparas, bombillas o tubos fluorescentes.
- La reparación de averías que sufran los aparatos de calefacción, electrodomésticos y, en general, de cualquier avería de aparatos que funcionen por suministro eléctrico.
- Averías producidas por incendio o caídas de rayos.

Cerrajería

En caso de extravío de las llaves de acceso a la Vivienda Declarada, o bien por falla o rotura de la cerradura de la puerta de acceso a la Vivienda Declarada, IBERO enviará un operario que realizará la reparación de urgencia necesaria para realizar la apertura, o el arreglo de la cerradura. El Servicio será brindado únicamente si no existiesen otras puertas de acceso alternativas a la Vivienda Declarada que puedan ser utilizadas por el Beneficiario para ingresar o egresar de la Vivienda Declarada.

Materiales básicos del rubro Cerrajería: lubricantes, grafito, y similares.

Tareas no comprendidas dentro del servicio de Cerrajería por Emergencia:

- Arreglo de cerraduras de puertas interiores, muebles, armarios y otros.

Gasista

En caso de rotura de cañerías u otras instalaciones fijas de gas a la vista de la Vivienda Declarada, IBERO enviará un operario que realizará la reparación de urgencia que se requiera para subsanar la avería, siempre y cuando el estado de tales instalaciones lo permita.

Materiales básicos del rubro Gasista: cinta, teflón, selladores y similares.

Tareas no comprendidas dentro del servicio de gasista:

- La reparación de averías o fallas de cualquier elemento ajeno a las cañerías o llaves de gas.
- La reparación de daños por fugas o escapes, aunque sean consecuencia de la rotura de las cañerías u otras instalaciones.
- La reparación y/o reposición de aparatos, calderas, cocinas, calefones, radiadores y, en general, cualquier artefacto o electrodoméstico conectado a las cañerías de gas.
- La reposición o reparación de paredes, pisos, azulejos o cualquier otra superficie ajena a las cañerías de gas, aunque sean consecuencia del trabajo realizado.

Destapaciones

En caso de inundaciones que afecten la Vivienda Declarada a causa de obstrucciones en desagües internos o en los sifones de pileta de cocina, lavatorio e inodoro, IBERO enviará un operario que realizará la reparación de urgencia necesaria para solucionar el inconveniente.

Materiales básicos del Rubro Destapaciones: destapador, cinta metálica y similares.

Tareas no comprendidas dentro del servicio de Destapaciones:

- Destape de cámaras sépticas, caños de desagüe pluvial y pozos ciegos.
- La reposición o reparación de paredes, pisos, azulejos o cualquier otra superficie ajena a las tuberías, aunque sean consecuencia del trabajo realizado.

Garantía

Los profesionales que realicen el servicio otorgarán, respecto a la reparación, una garantía de tres (3) meses contados a partir de la prestación del Servicio, exclusivamente por la tarea realizada y los componentes y/o materiales utilizados.

La garantía del servicio de Destapaciones es por 96 horas

Para proceder la garantía el caso será evaluado por un técnico especialista autorizado por Ibero.

C. MANTENIMIENTO DE HOGAR

Alcances de la prestación:

En virtud de asistir al Beneficiario en más que las emergencias también sumamos una serie de prestaciones consideradas de mantenimiento, los cuales consisten en enviar un técnico especializado que pueda asistirle en la reparación, instalación y/o mantenimiento de áreas de la Vivienda Declarada, los cuales serán realizados por medio de una agenda previa acordada con el Beneficiario/proveedor:

Los costos de desplazamiento del operario, materiales básicos y mano de obra que requieran para la reparación serán a cargo de IBERO, hasta el Tope establecido por servicio, o hasta 5 (cinco) horas corridas por servicio, lo que ocurra primero.

Los montos no son acumulables y el beneficiario podrá solicitar hasta la cantidad de Eventos establecidos.

Eventos disponibles: Hasta de dos (dos) Eventos por año.

Tope: Hasta 15.000 \$ (quince mil pesos) por Evento.

Plomería por mantenimiento/handyman

A solicitud del Beneficiario, IBERO coordinará el envío de un profesional calificado a la Vivienda Declarada para la instalación de sifones, grifos, cambio de cuerito de canilla, vástagos, depósito de inodoro y obturador, según sea solicitado.

Se entiende por "materiales básicos" del rubro Plomería, los elementos necesarios para realizar el trabajo (cinta teflón, punto de soldadura y otros).

Electricista por Mantenimiento/handyman

A solicitud del Beneficiario, IBERO coordinará el envío de un profesional calificado para cambio de porta lámparas, cambio de lámparas comunes, dicroicas, cambio de llaves de luz y cambio de toma de enchufes, según sea solicitado.

Se entiende por "materiales básicos" del rubro de electricidad, los elementos necesarios para realizar el trabajo de emergencia (cinta aisladora, pequeños tramos de cable para empalmes y otros).

Tareas no comprendidas dentro del servicio de Electricidad:

- La reparación o reposición de elementos propios de la iluminación, tales como artefactos, lámparas, bombillas o tubos fluorescentes.
- La reparación de averías que sufran los aparatos de calefacción, electrodomésticos y, en general, de cualquier avería de aparatos que funcionen por suministro eléctrico.
- Averías producidas por incendio o rayos.

Cerrojería por mantenimiento/handyman

A solicitud del beneficiario, IBERO coordinará el envío de un profesional calificado para realizar la apertura de puertas alternativas, cerraduras internas de la Vivienda Declarada, cambio de cerraduras, arreglo del mecanismo de la cerradura (siempre que sea posible), según sea solicitado. El presente servicio no es aplicable para puertas de muebles.

Se entiende por "materiales básicos" del rubro Cerrojería, los elementos necesarios para realizar el trabajo de emergencia (lubricantes, grafito, y otros).

Gasista por mantenimiento/handyman

A solicitud del beneficiario, IBERO coordinará el envío de un profesional calificado para revisión y encendido de estufas / cocinas (Solo las que se encuentren fuera de garantía de fábrica) cambio de unidad magnética, cambio de termocupla, destapar piloto.

Se entiende por "materiales básicos" del rubro Gasista, los elementos necesarios para realizar el trabajo de emergencia (cinta teflón, punto de soldadura y otros).

Garantía

Los profesionales que realicen el servicio otorgarán, respecto a la reparación, una garantía de tres (3) meses, exclusivamente por la tarea realizada.

Para esto, los componentes y/o materiales utilizados, deben ser de nueva adquisición y homologados por los entes respectivos si correspondiese (Ej. Caños de gas y Agua, Cables, Dispositivos Eléctricos, Etc.) ya sea aportado por el operario o por el beneficiario.

I. ASISTENCIA PREVENTIVA

Se tratan de servicios asistenciales que tienen como objetivo prevenir daños, averías y/o desperfectos futuros en la Vivienda Declarada mediante la prevención.

Los costos de desplazamiento del operario, de materiales básicos y mano de obra que requieran para la reparación, serán a cargo de IBERO, hasta el Tope establecido.

MANTENIMIENTO DE ESTUFAS Y OTROS ARTEFACTOS A GAS

El Beneficiario podrá solicitar el servicio preventivo de estufas, cocinas, calefones, termo tanques, calderas, y otros artefactos de gas, el cual consiste de las siguientes tareas: revisión de la instalación y limpieza de picos. IBERO asumirá los costos de mano de obra hasta el Tope establecido, quedando excluidos los materiales y herramientas inherentes a la prestación del servicio, los cuales deberán ser cubierto en su totalidad por el Beneficiario

Eventos disponibles: Hasta de 2 (dos) Eventos por año.
Tope: Hasta 15.000 \$ (quince mil pesos) por Evento.

MANTENIMIENTO DE EQUIPOS FRIO-CALOR (Split o ventana):

El Beneficiario podrá solicitar el servicio preventivo de equipos frío-calor, el cual consiste de las siguientes tareas las siguientes tareas: limpieza de la unidad interior (filtros y forzador), medición de presión, medición de consumo eléctrico. IBERO asumirá los costos de mano hasta el Tope establecido.

Eventos disponibles: Hasta de 2 (dos) Eventos por año.
Tope: Hasta 15.000 \$ (quince mil pesos) por Evento.

ii. SERVICIO DE ASISTENCIA TECNOLÓGICA

Alcances de la prestación:

El beneficiario podrá solicitar asesoramiento telefónico respecto de los rubros detallados debajo.
El beneficiario podrá realizar consultas acerca de hasta tres (3) dispositivos de su propiedad.

Eventos disponibles: Sin Límite de eventos por servicio.
Tope: sin Tope por Evento.

Categorías de Productos cubiertos:

- A.- Computadoras Personales: ✓ Notebook ✓ PC
- B.- Dispositivos Móviles: ✓ Celulares ✓ Smartphones ✓ Tablets
- C.- Entretenimiento Hogar: ✓ Smart-TV ✓ TV LCD/LED
- D.- Gaming: ✓ Consola de Juegos

Alcance de los servicios de Asistencia Técnica:

A. COMPUTADORAS PERSONALES

A.1. Mejoramiento de Performance y liberación de Memoria:

Ajustes y configuraciones sugeridas para mejorar el rendimiento del equipo. Dicha actividad puede complementarse con la instalación de algún software específico, gratuito. Se excluye intervenciones que

impliquen la apertura del equipo. Se ofrecerán opciones de almacenamiento en dispositivos externos para liberar memoria. Los dispositivos de almacenamiento deberán ser provistos por el Beneficiario en todos los casos.

A.2. Instalación y configuración de accesorios o periféricos:

Soporte/instalación de hardware externo, periféricos y accesorios tales como:

Audio: Sistemas de Audio, Parlantes, Auriculares y Micrófonos

Cámaras: Fotográficas y de Video

Impresión: Impresoras, Scanners y Multifunción

Teclados, Mouse y calibración de video

Conectividad: Router WIFI, con dispositivos Móviles, con otras computadoras dentro de la misma red.

Almacenamiento: Pendrives, Discos externos, Compartidos en la red Hogareña. Se excluyen los periféricos cuando ellos o sus conexiones no sean compatibles con el equipo principal. Los accesorios (cables, fichas, adaptadores, etc.) necesarios para la instalación deberán ser provistos por el Beneficiario.

A.3. Configuración de cuentas de Usuario:

Cuentas de correo, redes sociales (Facebook; Twitter; LinkedIn; Youtube). Se excluye desbloqueo y/o liberación de claves de acceso. De todos modos, se brindará asesoramiento para que el beneficiario realice dicha liberación de acuerdo con los procesos establecidos por la plataforma.

A.4 Resolver fallas de sistemas (programas, virus y más)

Identificación de fallas y problemas de sistema, limpieza de virus y configuración de firewall, reinstalación de programas.

En caso de tratarse de un programa con licencia, el valor de la misma quedara a cargo del Beneficiario.

A.5 Asesorar y capacitar a los trabajadores.

Orientar y asesorar telefónicamente al beneficiario sobre el correcto manejo general de sus dispositivos, así como sobre la solución de fallas recurrentes.

A.6 Comunicaciones móviles:

Asesoramiento, capacitación y puesta en funcionamiento de plataformas de teletrabajo y videoconferencias.

Configuración y optimización de equipos.

Configuración y asesoría en Cloud Computing.

Instalación de programas y apps, reinstalaciones, altas de usuario.

Diagnóstico y resolución de fallas de sistema.

Instalación, conexión y configuración de periféricos y equipos convergentes.

A.7. Puesta en marcha del home office:

configuración de equipos y optimización para trabajo remoto (home office).

Mantenimiento y asesoramiento para un correcto manejo de las herramientas de teletrabajo.

Help Desk para consultas y dudas

B. DISPOSITIVOS MÓVILES

B.1 Configuración de Store / Instalación y desinstalación de Apps:

La prestación se extiende a aquellas aplicaciones que se encuentren en la tienda autorizada por el sistema operativo o la plataforma oficial de la marca del dispositivo. Los sistemas operativos cubiertos son Android, Blackberry y Windows Phone.

B.2. Sincronización de Datos e Información:

Actividades de configuración de cuentas y habilitaciones en el dispositivo para sincronizar información de: cuentas de correo, redes sociales u otras aplicaciones de acceso libre y curso legal permitidas por la plataforma del dispositivo. Asimismo, se consideran configuraciones para activar el intercambio de

Información y reproducción de contenidos multimedia (imágenes; videos y música). Sincronización de Contactos y calendario con cuentas de correo.

B.3. Configuraciones Avanzadas:

Configuraciones necesarias para que un dispositivo móvil con conexión a Internet actúe como pasarela para ofrecer acceso a la red a otros dispositivos (tethering). Configurar un celular/Smartphone como Modem. (Equipos aptos para tal fin).

Compartir contenidos multimedia.

Configuración protocolos y herramientas para Bluetooth / NFC / DNLA o similares (Equipos aptos para tal fin). Configuración de rastreo de equipos.

B.4. Instalación y Configuración de Cuentas del Usuario:

Cuentas de correo, redes sociales u otras aplicaciones de acceso libre y curso legal permitidas por la plataforma del dispositivo.

Se excluye desbloqueo y/o liberación de claves de acceso. De todos modos, se brindará asesoramiento para que el Beneficiario realice dicha liberación de acuerdo con los procesos establecidos por la plataforma.

B.5. Actualización del Sistema Operativo:

La actualización se realizará hasta la última versión que se encuentre disponible para dicho dispositivo o sistema operativo.

B.6. Asistencia en el Uso:

Orientación, guía o soporte en el uso o utilización de Software y Hardware del dispositivo. Dicha orientación abarca las siguientes categorías:

Ofimática (planilla de cálculo, procesador de texto, presentación de multimedia, entre otros). Sistema Operativo.

Aplicaciones estándares del Sistema operativo. No así aplicaciones específicas del Carrier (Ej: Claro Música; Portal Claro ideas). Redes sociales (Facebook; Twitter; LinkedIn).

Herramientas de Mensajería (WhatsApp; SMS).

Reproductores multimedia (Imágenes; Videos y Música).

Correo electrónico. Parámetros de seguridad, claves de equipo y antivirus.

Asistencia en el primer uso y uso general.

B.7. Mejoramiento de Performance y liberación de Memoria:

Ajustes y configuraciones sugeridas para mejorar el rendimiento del equipo. Dicha actividad puede complementarse con la instalación de algún software específico para tal fin.

B.8. Mejoramiento de uso de Batería:

Ajustes y configuraciones sugeridas para mejorar el rendimiento de la batería. Dicha actividad puede complementarse con la instalación de algún software específico para tal fin.

B.9. Asesoramiento en la compra:

De acuerdo con las necesidades del Beneficiario y la ponderación de atributos que este considere, se realizará un análisis conjunto con posterior sugerencia en la compra de dispositivos móviles (Tablets, Celulares, Smartphones y Phablets).

Incluye el análisis y comparativa entre modelos y equipos.

B.10. Resguardo de Información:

Solo a la plataforma correspondiente proporcionada dentro del sistema operativo del dispositivo.

C. ENTRETENIMIENTO HOGAR

C.1. Conexión y Configuración de Smart / LED TV:

Incluye soporte en las conexiones, configuraciones y calibraciones de audio y video del dispositivo.

Orientación sobre las características y funciones del equipo. Configurar conexión a internet siempre y cuando sea una característica soportada por el TV de manera nativa.

Conectividad con otros equipos a través de la red hogareña.

Conectividad con sistemas de Audio y/o parlantes externos. Realización de actualizaciones de Software de base (Firmware), siempre y cuando se encuentren las versiones libres y autorizadas por el fabricante del TV.

C.2. Configuración de APPS y Multimedia:

Configuración de aplicaciones estándares del Smart (Redes sociales, Skype/Videollamadas y Youtube)

Reproducción de contenido multimedia a través de los protocolos soportados por el TV.

D. GAMING

D.1. Conexión de consolas:

Asesoramiento para la conexión y la utilización del equipo (Store/Compras Online).

Los accesorios (cables, fichas, adaptadores, joystick, etc.) necesarios para la instalación deberán ser provistos por el Beneficiario.

D.2. Instalación de accesorios de consolas:

La prestación se realizará solamente sobre accesorios originales y/o compatibles.

Se excluyen accesorios no compatibles.

El servicio de asistencia tecnológica será brindado de lunes a viernes hábiles de 10hs a 18hs.

Tareas no comprendidas en el Servicio de Asistencia tecnológica.

A) Reparaciones de daños o desperfectos en los productos adquiridos por el Beneficiario.

B) Averías referentes a la conectividad ADSL o de telefonía básica.

C) Redes LAN, servidores y Hub/switch, y cualquier otro dispositivo de red.

D) Cursos sobre programas e informática en general.

E) Recupero de la información y respaldo.

F) Reparaciones sobre equipos con daños físicos impidan su correcta reparación.

G) Instalación de software/ programas prohibidos por la ley.

H) Asistencia remota/ telefónica cuando el Beneficiario no cuenta con acceso a internet o disponibilidad telefónica.

I) Cualquier acción o servicio que no se encuentre específicamente contemplada en estos términos y condiciones.

SERVICIO DE CONEXIÓN CON TÉCNICOS Y ESPECIALISTAS.

Para aquellas solicitudes que no puedan ser resueltas de forma remota mediante el Servicio de Asistencia Tecnológica, IBERO podrá coordinar la prestación del servicio requerido con uno de sus proveedores. No obstante, los costos de dichos servicios correrán por cuenta exclusiva del Beneficiario, y deberán ser abonados al momento de la prestación del servicio directamente al proveedor.

IBERO se compromete únicamente a brindar información al Beneficiario, ponerlo en contacto con el profesional correspondiente, y eventualmente coordinar la visita del profesional a la Vivienda Declarada, para que éste pasé a retirar el dispositivo, lo reparé en su laboratorio, y luego lo devuelva a la Vivienda Declarada.

Eventos disponibles: Sin Límite de Eventos.

Tope: sin Tope por Evento.

d. SERVICIOS DE ASISTENCIA ANTE INFORTUNIOS

TRASLADO Y GUARDA DE MUEBLES

- **Mudanza de muebles:**

IBERO organizará el retiro de los muebles de la Vivienda Declarada y su transporte hasta un local especificado por el Beneficiario, siempre que éste se encuentre ubicado a menos de de 80 km. de la Vivienda Declarada, hasta el Tope Establecido.

- **Guarda de muebles:**

El beneficiario podrá solicitar la guarda y custodia de muebles ubicados dentro de la Vivienda Declarada, por hasta el Tope Establecido.

Eventos disponibles: Sin límite por año.

Tope: Hasta 8.000 \$ (ocho mil pesos) por Evento.

TRANSMISIÓN DE MENSAJES URGENTES

IBERO se encargará de transmitir mensajes relacionados al infortunio a una o más personas residentes en Argentina. Para ello, deberá proveerle a IBERO los números telefónicos a los cuales debe comunicarse.

Eventos disponibles: Sin límite de Eventos.

Tope: Sin Tope por Evento.

PERSONAL DE SEGURIDAD.

IBERO enviará un servicio de vigilancia, consistente en un (1) personal de seguridad, hasta que la Vivienda Declarada restablezca las condiciones habituales de seguridad, hasta llegar al Tope, o hasta cumplirse 72 horas de servicio, lo que ocurra primero.

Eventos disponibles: Hasta 72hs por año.

Tope: Hasta 8.000 \$ (ocho mil pesos)

HOSPEDAJE

IBERO coordinará y tomará a su cargo el hospedaje para no más de 5 (cinco) personas, el mismo será a un radio de 50 km de la Vivienda declarada, y siempre que éstas estén domiciliadas en la misma.

Eventos disponibles: Hasta de 1 (uno) Evento por año.

Tope: Hasta 8.000 \$ (ocho mil pesos)

PERSONAL DE CASAS PARTICULARES

IBERO tomará a su cargo la contratación de un empleado de casas particulares para que asista al beneficiario con el cuidado de la Vivienda Declarada, por hasta el Tope Establecido.

El Beneficiario deberá proveer o sugerir al profesional y asumir exclusiva responsabilidad por su accionar, ya que no formaría parte de la red de proveedores de IBERO.

Eventos disponibles: Hasta de 1 (uno) Eventos por año.

Tope: Hasta 4.000 \$ (cuatro mil pesos) por evento.

SERVICIO DE NIÑERA

IBERO tomará a su cargo la contratación de una niñera a ser designada por el Beneficiario, por hasta el Tope Establecido.

El Beneficiario deberá proveer o sugerir al profesional, y asumir exclusiva responsabilidad por su accionar.

Eventos disponibles: Hasta de 1 (uno) Eventos por año.

Tope: Hasta 4.000 \$ (cuatro mil pesos) por evento.

CUIDADO DE DISCAPACITADOS Y/O ANCIANOS

IBERO tomará a su cargo la contratación de una persona a ser designada por el Beneficiario, por hasta el Tope Establecido.

El Beneficiario deberá proveer o sugerir al profesional, y asumir exclusiva responsabilidad por su accionar.

Eventos disponibles: Hasta de 1 (uno) Eventos por año.

Tope: Hasta 4.000 \$ (cuatro mil pesos) por evento.

GUARDERÍA DE MASCOTAS

En caso que el Beneficiario deba ausentarse de la Vivienda Declarada por más de 3 días consecutivos, o se vea hospitalizado por igual o mayor período de tiempo, éste podrá solicitar el servicio de guardería para la Mascota en un centro asignado y autorizado por IBERO.

El Beneficiario debe llevar y cargar con el costo del alimento de la Mascota.

El servicio se prestará en la ciudad de la Vivienda Declarada, dentro del perímetro urbano.

El servicio debe ser solicitado con un mínimo de 96 horas de anticipación, y se encuentra sujeto a disponibilidad de prestadores en el área. IBERO no estará obligado a prestar el Servicio si (i) no existen guarderías de mascotas o centros especializados en la ciudad en donde se encuentra situada la Vivienda Declarada; o (ii) no hay vacantes disponibles durante el período de tiempo requerido por el Beneficiario.

Eventos disponibles: Hasta de 1 (uno) Eventos por año.

Tope: Hasta 4.000 \$ (cuatro mil pesos) por evento.

DESPLAZAMIENTO DEL BENEFICIARIO POR OCURRENCIA DE INFORTUNIO EN LA VIVIENDA DECLARADA

Si el Beneficiario se encontrase alejado de la Vivienda Declarada, IBERO tomará a cargo los gastos de traslado del Beneficiario hasta la Vivienda Declarada.

El presente servicio también podrá ser solicitado en los siguientes supuestos: (i) hospitalización superior a 72 horas de un residente de la Vivienda Declarada que sea consecuencia de un accidente ocurrido en la Vivienda Declarada; (ii) muerte de un familiar directo del Beneficiario (padres, hijos, cónyuge del beneficiario), residente en la Vivienda Declarada.

El servicio solo será brindado en caso que el Beneficiario se encuentre a más de 100Km de la Vivienda Declarada, y no pueda retornar de manera urgente sin que ello le genere mayores costos. En caso que el Beneficiario tuviere un pasaje de vuelta que no vaya a ser utilizado por encargarse IBERO del retorno, éste deberá ser remitido a IBERO.

Si el Beneficiario estuviere en tránsito con su propio vehículo, IBERO enviará —a solicitud del Beneficiario— a un conductor a donde se encuentre el Beneficiario (siempre que IBERO obtenga del Beneficiario las autorizaciones necesarias para que el conductor utilice el vehículo del Beneficiario), a efectos de retornar con el vehículo a la Vivienda Declarada por el trayecto más directo y efectuando las detenciones que dicho conductor estime convenientes. En su defecto, IBERO gestionará un pasaje de ida hacia el lugar donde se encuentre el vehículo del beneficiario, para que dicho individuo pueda retornar con el vehículo del Beneficiario a la Vivienda Declarada. En este segundo supuesto, el Beneficiario podrá solicitar este servicio dentro de los diez días de la fecha de retorno a la Vivienda Declarada.

Serán a cargo exclusivo del Beneficiario los gastos de peaje, combustible, etc., que requiera el vehículo durante el trayecto de regreso.

Eventos disponibles: Sin límite de eventos

Tope: Hasta 15.000 \$ (quince mil pesos) por evento.

ORIENTACION EN LA TRAMITACION DE DOCUMENTOS

Detalle de las prestaciones incluidas:

- Orientación para tramitación de documentos personales: DNI, Pasaporte, Cédula de Identidad, Registro de Conducir.
- Cobertura de los gastos de reposición de documentación hasta un máximo de \$ 5.000 (pesos cinco mil), y con un máximo de un evento por año.
- Atención telefónica 24 hs para obtener información acerca de direcciones y teléfonos de organismos oficiales que extienden la documentación referida en los puntos anteriores y sus respectivos horarios.
- Información sobre horarios de tramitación de documentación y requisitos para la obtención de la misma.
- Información sobre los costos de los documentos solicitados.
- Información sobre trámites previos para la tramitación de los documentos.
- Asesoramiento telefónico para cancelación de tarjetas de crédito robadas, teléfonos útiles para realizar denuncias y cancelaciones.

SERVICIO DE INFORMACIÓN

IBERO proporcionará los números telefónicos de bomberos, hospitales, policía, y otros servicios de emergencia.

Eventos disponibles: Sin límite de Eventos.

Tope: Sin Tope por Evento.

III. EXCLUSIONES GENERALES DEL SERVICIO

IBERO no prestará los servicios cuando ello no sea posible por la ocurrencia de hechos que puedan ser considerados caso fortuito o fuerza mayor (como ser, catástrofes, desastres climatológicos, epidemias, pandemias, revoluciones, guerras, huelgas generales, de lock out, apagones generalizados, atentados terroristas, situaciones de desorden público, siendo el presente listado de carácter ejemplificativo), ni tampoco cuando, por causas ajenas a la voluntad de IBERO, ellos no estén disponibles en el lugar en donde esté ubicada la Vivienda Declarada, eximiendo en tales casos de responsabilidad a IBERO por la no prestación del servicio.

Adicionalmente, IBERO no prestará los Servicios cuando el Beneficiario (i) solicite los Servicios para un domicilio que no coincida con la Vivienda Declarada; (ii) actúe de mala fe, o mediando abuso de derecho; (iii) cause el evento catalizador de la solicitud de asistencia mediante un accionar doloso, gravemente negligente, o imprudente y temerario; o (iv) haya utilizado todos los Eventos disponibles para el Servicio solicitado por el período anual en curso.

IV. REINTEGROS

Los Servicios establecidos en este documento no operarán bajo la modalidad de reintegro. Los mismos serán prestados directamente por IBERO, o a través de su red de prestadores. IBERO procederá al reintegro de gastos únicamente cuando el Beneficiario opte por contratar directamente algún servicio equivalente a alguno de los Servicios aquí contemplados cuando por alguna de las razones establecidas en el primer párrafo del apartado "Exclusiones Generales del Servicio", IBERO no pueda brindar los Servicios. En tales casos, IBERO reintegrará los gastos efectivos en los que haya incurrido el Beneficiario, hasta el Tope del Servicio en particular.

En todo supuesto, el Beneficiario deberá con la autorización previa de IBERO, y contratar los servicios con empresas, profesionales o proveedores expresamente autorizados por IBERO. Caso contrario, el Beneficiario no tendrá derecho a reintegro alguno.

Para permitir la evaluación del caso, el Beneficiario deberá suministrar a IBERO toda la documentación original necesaria que acredite, al exclusivo criterio de IBERO, la contratación del servicio y la procedencia

de los gastos incurridos, incluyendo, a modo de ejemplo, las facturas y recibos originales correspondientes.

Únicamente serán consideradas las solicitudes de reintegro que se envíen a la casilla reintegrosogar.ia@iberoasistencia.com.ar, o a aquella que IBERO indique en el futuro, con toda la documentación respaldatoria de los gastos realizados adjunta. El Beneficiario tendrá un plazo de treinta (30) días corridos contados a partir de la fecha en que el Operador registre el ofrecimiento en el sistema para solicitar el reintegro y presentar toda la documentación respaldatoria requerida por IBERO. Pasado dicho plazo sin haber presentado la documentación requerida, IBERO no estará obligado a realizar reintegro alguno.

V. PROCEDIMIENTO

Todos los servicios deben ser solicitados a IBERO al teléfono indicado para estos efectos durante las 24 horas del día y los 365 días del año. A tal efecto, el beneficiario deberá indicar, además del tipo de servicio que requiera, alguno de los siguientes datos:

Nombre y Apellido / Dirección de la Vivienda Declarada / Número de teléfono / N° de DNI.

Durante la llamada telefónica una vez que el beneficiario autorice a IBERO, a generar la solicitud de servicio, la misma será anotada o registrada informáticamente, con el fin de que quede constancia de la llamada respectiva y del trámite que se le haya dado. En caso que el Servicio no se efectúe por decisión del beneficiario, la solicitud de Servicio será considerado equivalente al uso de uno de los Eventos disponibles para el mismo, descontándolo de la cantidad de Eventos anuales a los que tenga derecho el beneficiario por ese Servicio.

VI. OBLIGACIONES DEL BENEFICIARIO

- Solicitar el servicio a través de los números telefónicos indicados.
- Permitir el acceso a la Vivienda Declarada a los prestadores del Servicio, cuyos datos serán anticipados por IBERO.
- Estar presente durante la prestación de los Servicios, o bien designar alguna persona autorizada e informarla a IBERO.
- Notificar cualquier cambio de domicilio de la Vivienda Declarada.

VII. SERVICIOS POR SOBRE LOS TOPES ESTABLECIDOS

En caso que la prestación de alguno de los Servicios superase el Tope establecido para el mismo, el Beneficiario podrá igualmente optar por la prestación de dicho Servicio, cargando éste con la diferencia entre el Tope establecido y el costo efectivo del Servicio.

Para ello, el operario o proveedor de IBERO a cargo de la prestación del Servicio deberá formular un presupuesto, el que será comunicado directamente al Beneficiario y telefónicamente a IBERO. Si el Beneficiario acepta el presupuesto formulado por el proveedor, deberá firmar el presupuesto y pagar directamente al operario u proveedor enviado por IBERO la diferencia entre el monto presupuestado y el Tope establecido para el Servicio.

En el caso que el beneficiario no acepte el presupuesto, el Servicio se prestará hasta la concurrencia del Tope, siempre que ello sea factible.

VIII. VIGENCIA DE LOS SERVICIOS

Los Servicios tendrán una duración de 12 meses, contados a partir de su contratación. Finalizado dicho plazo, se renovará automáticamente por idénticos períodos. El pago del servicio es recurrente mensual. En caso de que el Beneficiario opte por terminar los Servicios, deberá comunicarse al número de contacto 0800 888 8585 a los efectos de solicitar la baja.