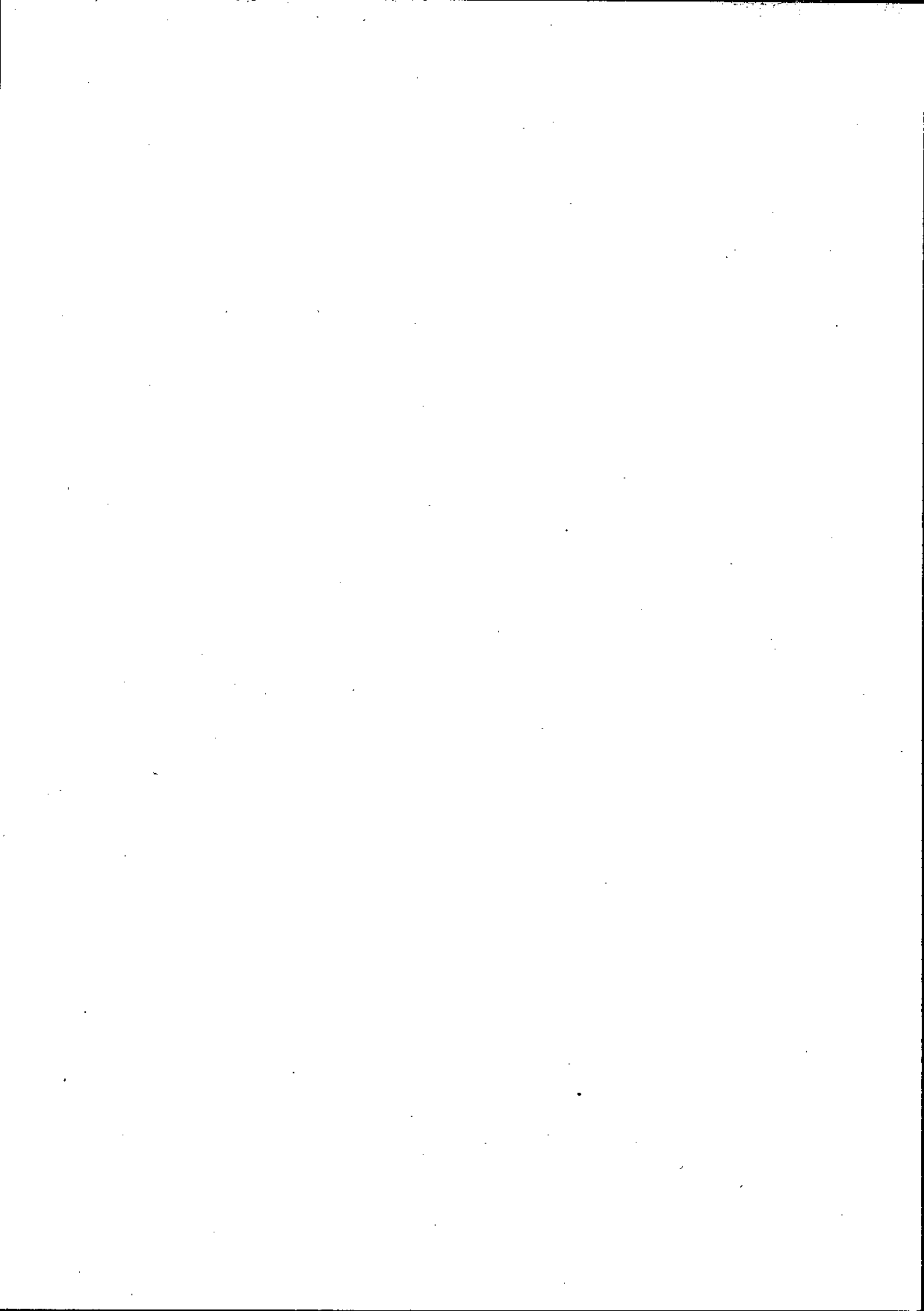


ANEXO I



CERTIFICACIÓN CONTABLE SOBRE COMISION ADMINISTRATIVA O DE MANTENIMIENTO DE TARJETAS DE CRÉDITO

A los Señores Directores de
BANCO SUPERVIELLE S.A.
C.U.I.T. N° 33-50000517-9
Domicilio Legal: Bartolomé Mitre 434 (1036)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Identificación de la información objeto de la certificación

En mi carácter de Contador Público independiente, a vuestro pedido y para su presentación en los autos caratulados "ASOCIACIÓN POR LA DEFENSA DE USUARIOS Y CONSUMIDORES (ADUC) c/ BANCO SUPERVIELLE S.A. s/ Ordinario" (Expte. N° 34.166/2015), emito la presente certificación sobre el Anexo I, que incluye clientes y exclientes del Banco a los que se les cobró la comisión administrativa o de mantenimiento, de Tarjetas de Crédito por el período reclamado (desde septiembre de 2014 hasta julio de 2024) y sobre la documentación contable que me fuera puesta a disposición, bajo su exclusiva responsabilidad.

Dicho Anexo fue emitido por el Banco para ser presentado ante el Juzgado Nacional de Primera Instancia en lo Comercial N° 9, Secretaría N° 18.

La primera y última página del Anexo se adjuntan con propósitos de identificación solamente, y en adelante referida como "la información objeto del encargo".

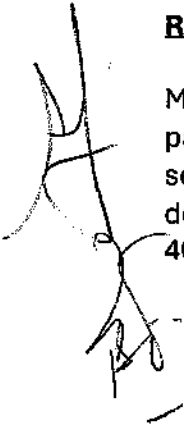
La certificación se aplica a ciertas situaciones de hecho o comprobaciones especiales, a través de la constatación con registros contables y otra documentación de respaldo. Este trabajo profesional no constituye una auditoría ni una revisión y, por lo tanto, las manifestaciones del contador público no representan la emisión de un juicio técnico respecto de la información objeto de la certificación.

Responsabilidad de la Dirección de la sociedad

La Dirección es responsable por la preparación de todos los elementos contables y extracontables que se detallan más adelante.

Responsabilidad del contador público

Mi responsabilidad consiste en emitir una certificación que se menciona en el primer párrafo. He llevado a cabo mi encargo de conformidad con las normas incluidas en la sección VI de la segunda parte de la Resolución Técnica N° 37 de la Federación Argentina de Consejos Profesionales de Ciencias Económicas adoptada por la Resolución C.D. N° 46/2021 del Consejo Profesional de Ciencias Económicas de la Ciudad Autónoma de



Buenos Aires para la emisión de certificaciones y consistió en la aplicación de ciertos procedimientos previstos en la mencionada norma, los cuales considere necesarios para emitir la presente certificación. Dichas normas exigen que cumplamos los requerimientos de ética, así como que planifiquemos nuestra tarea.

Tarea profesional realizada

Los procedimientos detallados a continuación han sido aplicados sobre la documentación que me fuera suministrada por el cliente. Mi tarea se basó en que la información proporcionada es precisa, completa, legítima y libre de fraudes y otros actos ilegales, para lo cual hemos tenido en cuenta su apariencia y estructura formal.

A tal fin se me suministró la siguiente documentación:

- Estados contables de la Sociedad;
- Registros de Sistemas del Banco con los clientes y exclientes del Banco Supervielle S.A. identificados con N° de documento y N° de cliente a quienes se les realizó el cobro de la comisión objeto del reclamo bajo análisis, que se adjunta como Anexo I;
- Verificar la percepción de las comisiones objeto de la demanda a los clientes y exclientes del Banco Supervielle S.A. que surgen de los registros de Sistemas del Banco mencionados en el apartado anterior;
- Resúmenes de clientes y exclientes de Tarjetas de Crédito a quienes se les cobró la comisión Administrativa o de mantenimiento;
- Estructura de gastos directos e indirectos del Banco;
- Documentación auxiliar de respaldo;

He cotejado que dicha información refleja lo registrado en los estados contables y la documentación de respaldo de la Entidad. Todas las conclusiones que extraigo resultan de este examen que practiqué sobre los elementos mencionados.

Con estos elementos, se llevaron adelante las siguientes tareas, a saber:

- Analizar en función de documentación respaldatoria vista, un listado de clientes y exclientes con Tarjetas de Crédito personas físicas consumidores finales y a personas jurídicas sin actividad comercial, clientes y ex clientes del Banco, por operaciones afectadas por la operatoria objeto de la demanda;
- Analizar la apropiación de gastos directos e indirectos a la referida comisión cobrada por el Banco cotejando que dicha información refleja lo registrado en los

estados contables y la documentación de respaldo de la Entidad. Todas las conclusiones que extraigo en el acápite siguiente resultan de este examen que practique sobre los estados contables y documentación respaldatoria de la Entidad;

- Adicionalmente fue analizada normativa de Banco Central de la República Argentina (B.C.R.A.) que se expide sobre el concepto bajo análisis;

En tal sentido, pongo de manifiesto que:

La base de datos de clientes y exclientes personas físicas consumidores finales y a todas aquellas personas jurídicas sin actividad comercial del Banco que hubiesen abonado la comisión por mantenimiento de Tarjetas de Crédito que se me exhibió en el Anexo I es íntegra.

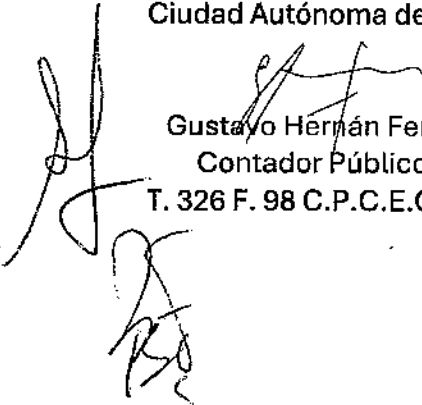
Los criterios de asignación de gastos directos e indirectos elaborados por la Dirección de Finanzas de la Entidad, que conforman el costo efectivo de la Comisión Administrativa o por Mantenimiento de Cuenta o tarjeta de crédito, e insumen el monto la referida Comisión, surgen de los registros contables y la correspondiente documentación respaldatoria puesta a disposición y se adaptan en un todo a lo previsto por la normativa vigente y en particular a los criterios dispuestos por las Comunicaciones "A" 5928" y "A" 5460 del Banco central de la República Argentina.

Todos los clientes y exclientes personas físicas consumidores finales y a todas aquellas personas jurídicas sin actividad comercial del Banco que hubiesen abonado la Comisión Administrativa en Tarjetas de Crédito, se encuentran individualizados en el Anexo I (primer y última hoja se adjuntan sobre un total de 11242 que se acompañan al expediente en soporte magnético). La cantidad de clientes y exclientes en la situación comentada asciende a 657857.

Manifestación del Contador Público

Sobre la base de las tareas descriptas, certifico que la información individualizada en el apartado denominado "Identificación de la información objeto de la certificación", concuerda con la fuente documental señalada en el apartado anterior.

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 24 de julio de 2024



Gustavo Hernán Ferrari
Contador Público
T. 326 F. 98 C.P.C.E.C.A.B.A.

ADUC c/ BANCO SUPERVIELLE S.A. s/ Ordinario" (Expte. N° 34.166/2015)**Listado de beneficiarios**

Tipo. Doc	NroDoc	Nombre y Apellido
4	25232879	CORBALAN VICTORIA BEATRI
4	94722648	VAITULIONIS DRUKTEINIS G
4	16895103	PIERGENTILI JOSE LUIS
4	21098244	ORTEGA NESTOR
4	12852204	PAVON CLELIA BERTA
4	29875504	CADILE MARIA
4	24789563	RUEDA EMILIA
4	28302965	OJEDA FERNANDO ADOLFO
6	5652748	BOIDO STELLA MARIS
4	42102308	FLORES ROCIO
4	26386563	FLORES CELSO DARIO
4	10652933	HERNANDEZ CRISTINA
4	12989393	ROBERTO MIRIAM DEL CARMEN
4	17300902	U&ATE FABIAN
5	4388753	FREYTES OSCAR
4	25505395	ESCOBAR ADRIAN ALBERTO
6	1838866	BORDON MARGARITA DE
4	13782142	MARQUEZ RICARDO JOSE
5	8149175	BUSTOS JOSE ANGEL
6	4939218	ROMAN MARIA CRISTINA
5	8725659	LUCERO JOSE
4	10187612	LEIVAEVIRA
6	1887141	PINEDA HERMINIA BEL
5	6653867	GUZMAN HUGO JOSE
4	93997464	MOLLICA MARIA
4	35459287	GOMEZ GASTON DARIO
6	5126960	SPIRIDONOFF ROSA
6	3918215	MOUTAFIAN AZUCENA
4	18576984	MORENO ELENA
4	32079165	VALENZUELA FRANCISCA MAT
4	17198456	PIATTI MARIA ALEJANDRA
4	16140391	CALEGARI RAUL
5	6561384	STOLLER MARIO NELSO
4	22530408	FERREYRA PABLO GASTON
6	3491620	RUSSO AMALIA ISABEL
4	28903266	MOREIRA MARIA LAURA
4	34523727	MATEO JESICA ROMINA
4	33709118	VEGA MIGUEL
5	6694130	AGUILERA EULOGIO
4	34970540	BRANDAN JAQUELINA E
4	33645934	OLEA YANINA SOLEDAD
4	93645745	BRUSICH ADORNO DIONISI
4	11069036	LANZETTI LUIS ALBERTO
6	4715554	ROJAS EUGENIA CECIL
5	8725476	OSORIO RAUL FLORENC
5	5525829	RODRIGUEZ LUIS ALBERTO
4	30625555	Brites PATRICIO
4	11597500	FRESCO BEATRIZ SUSANA
4	29802460	ISAURRALDE CESAR DAMIAN
4	26990322	CEJAS ANDREA
5	5465208	BASUALDO ERNESTO PEDRO



4	11744626	JUAREZ ANTONIA INES
6	6037595	BASILE MIRTA NOEMI
6	6208013	SEGUEL AURELIA
5	6560654	SERRA ALDO LUIS
4	92741794	SEGURA JESSICA ANDREA
4	93897177	GIANNINI DE GRILLO EUG
4	36015312	GARATE FERNANDO JOAQUIN
6	1785859	PALACIOS CARLINA ROSA
4	25742425	MARTINEZ DIEGO EZEQUIEL
4	10306889	LOTITO AMALIA
4	24798924	GOMEZ FERNANDO LORENZO D
5	4418167	DALLIER JORGE ALBER
6	5735846	GUAGNINI MIRTA NOEMI
4	25968579	QUIROGA SUSANA ELIZABETH
4	13137102	GARCIA BLANCO MARIA DE
4	22694085	PANIAGUA JUAN CARLOS
4	10076505	MALPELI ALICIA CARM
4	10352161	MORALES DELIA ESTER
4	13587800	PERALTA ANA
4	24142597	LAGOS CAMPODONICO MARC
6	4484154	MERGA MARIA C
4	28013396	LOPEZ FELIX ANTONIO SEBA
4	10864478	ARREDONDO ELIDA BEATRIZ
4	92817572	MARTINEZ ORTIGOZA RAMON
6	4840580	RIVA ROSALIA CRISTI
6	4467579	PALOMEQUE EMETERIA MARI

Claudio De la Pr
+ 38 F 600 CPACF

Patricia Stern Franchini

Patricia Stern Franchini
 Abogada
 T°46 F°915 CPACF
 T° XXIII F°103 CASI

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 24 de julio de 2024

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. l) la actuación profesional de fecha 24/07/2024 referida a Varios perteneciente a BANCO SUPERVIELLE S.A. CUIT 33-50000517-9, intervenida por el Dr. GUSTAVO HERNAN FERRARI. 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. GUSTAVO HERNAN FERRARI

Contador Público (U.B.A.)

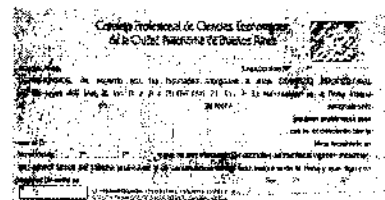
CPCECABA T° 326 F° 98



Profesional de Ciencias
Económicas de la Ciudad
Autónoma de Buenos Aires

*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: n1eezom*

Legalización N° 897128



CERTIFICACIÓN CONTABLE SOBRE COMISION ADMINISTRATIVA O DE MANTENIMIENTO DE TARJETAS DE CRÉDITO

A los Señores Directores de
BANCO SUPERVIELLE S.A.
C.U.I.T. N° 33-50000517-9
Domicilio Legal: Bartolomé Mitre 434 (1036)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Identificación de la información objeto de la certificación

En mi carácter de Contador Público independiente, a vuestro pedido y para su presentación en los autos caratulados “ASOCIACIÓN POR LA DEFENSA DE USUARIOS Y CONSUMIDORES (ADUC) c/ BANCO SUPERVIELLE S.A. s/ Ordinario” (Expte. N° 34.166/2015), emito la presente certificación sobre el Anexo I, que incluye clientes y exclientes del Banco a los que se les cobró la comisión administrativa o de mantenimiento, de Tarjetas de Crédito por el período reclamado (desde septiembre de 2014 hasta julio de 2024) y sobre la documentación contable que me fuera puesta a disposición, bajo su exclusiva responsabilidad.

Dicho Anexo fue emitido por el Banco para ser presentado ante el Juzgado Nacional de Primera Instancia en lo Comercial N° 9, Secretaría N° 18.

La primera y última página del Anexo se adjuntan con propósitos de identificación solamente, y en adelante referida como “la información objeto del encargo”.

La certificación se aplica a ciertas situaciones de hecho o comprobaciones especiales, a través de la constatación con registros contables y otra documentación de respaldo. Este trabajo profesional no constituye una auditoría ni una revisión y, por lo tanto, las manifestaciones del contador público no representan la emisión de un juicio técnico respecto de la información objeto de la certificación.

Responsabilidad de la Dirección de la sociedad

La Dirección es responsable por la preparación de todos los elementos contables y extracontables que se detallan más adelante.

Responsabilidad del contador público

Mi responsabilidad consiste en emitir una certificación que se menciona en el primer párrafo. He llevado a cabo mi encargo de conformidad con las normas incluidas en la sección VI de la segunda parte de la Resolución Técnica N° 37 de la Federación Argentina de Consejos Profesionales de Ciencias Económicas adoptada por la Resolución C.D. N° 46/2021 del Consejo Profesional de Ciencias Económicas de la Ciudad Autónoma de

Buenos Aires para la emisión de certificaciones y consistió en la aplicación de ciertos procedimientos previstos en la mencionada norma, los cuales considere necesarios para emitir la presente certificación. Dichas normas exigen que cumplamos los requerimientos de ética, así como que planifiquemos nuestra tarea.

Tarea profesional realizada

Los procedimientos detallados a continuación han sido aplicados sobre la documentación que me fuera suministrada por el cliente. Mi tarea se basó en que la información proporcionada es precisa, completa, legítima y libre de fraudes y otros actos ilegales, para lo cual hemos tenido en cuenta su apariencia y estructura formal.

A tal fin se me suministró la siguiente documentación:

- Estados contables de la Sociedad;
- Registros de Sistemas del Banco con los clientes y exclientes del Banco Supervielle S.A. identificados con N° de documento y N° de cliente a quienes se les realizó el cobro de la comisión objeto del reclamo bajo análisis, que se adjunta como Anexo I;
- Verificar la percepción de las comisiones objeto de la demanda a los clientes y exclientes del Banco Supervielle S.A. que surgen de los registros de Sistemas del Banco mencionados en el apartado anterior;
- Resúmenes de clientes y exclientes de Tarjetas de Crédito a quienes se les cobró la comisión Administrativa o de mantenimiento;
- Estructura de gastos directos e indirectos del Banco;
- Documentación auxiliar de respaldo;

He cotejado que dicha información refleja lo registrado en los estados contables y la documentación de respaldo de la Entidad. Todas las conclusiones que extraigo resultan de este examen que practiqué sobre los elementos mencionados.

Con estos elementos, se llevaron adelante las siguientes tareas, a saber:

- Analizar en función de documentación respaldatoria vista, un listado de clientes y exclientes con Tarjetas de Crédito personas físicas consumidores finales y a personas jurídicas sin actividad comercial, clientes y ex clientes del Banco, por operaciones afectadas por la operatoria objeto de la demanda;
- Analizar la apropiación de gastos directos e indirectos a la referida comisión cobrada por el Banco cotejando que dicha información refleja lo registrado en los

estados contables y la documentación de respaldo de la Entidad. Todas las conclusiones que extraigo en el acápite siguiente resultan de este examen que practique sobre los estados contables y documentación respaldatoria de la Entidad;

- Adicionalmente fue analizada normativa de Banco Central de la República Argentina (B.C.R.A.) que se expide sobre el concepto bajo análisis;

En tal sentido, pongo de manifiesto que:

La base de datos de clientes y exclientes personas físicas consumidores finales y a todas aquellas personas jurídicas sin actividad comercial del Banco que hubiesen abonado la comisión por mantenimiento de Tarjetas de Crédito que se me exhibió en el Anexo I es íntegra.

Los criterios de asignación de gastos directos e indirectos elaborados por la Dirección de Finanzas de la Entidad, que conforman el costo efectivo de la Comisión Administrativa o por Mantenimiento de Cuenta o tarjeta de crédito, e insumen el monto la referida Comisión, surgen de los registros contables y la correspondiente documentación respaldatoria puesta a disposición y se adaptan en un todo a lo previsto por la normativa vigente y en particular a los criterios dispuestos por las Comunicaciones “A” 5928” y “A” 5460 del Banco central de la República Argentina.

Todos los clientes y exclientes personas físicas consumidores finales y a todas aquellas personas jurídicas sin actividad comercial del Banco que hubiesen abonado la Comisión Administrativa en Tarjetas de Crédito, se encuentran individualizados en el Anexo I (primer y última hoja se adjuntan sobre un total de 11242 que se acompañan al expediente en soporte magnético). La cantidad de clientes y exclientes en la situación comentada asciende a 657857.

Manifestación del Contador Público

Sobre la base de las tareas descriptas, certifico que la información individualizada en el apartado denominado “Identificación de la información objeto de la certificación”, concuerda con la fuente documental señalada en el apartado anterior.

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 24 de julio de 2024



Gustavo Hernán Ferrari
Contador Público

T. 326 F. 98 C.P.C.E.C.A.B.A.

ADUC c/ BANCO SUPERVIELLE S.A. s/ Ordinario” (Expte. N° 34.166/2015)**Listado de beneficiarios**

Tipo. Doc	NroDoc	Nombre y Apellido
4	25232879	CORBALAN VICTORIA BEATRI
4	94722648	VAITULIONIS DRUKTEINIS G
4	16895103	PIERGENTILI JOSE LUIS
4	21098244	ORTEGA NESTOR
4	12852204	PAVON CLELIA BERTA
4	29875504	CADILE MARIA
4	24789563	RUEDA EMILIA
4	28302965	OJEDA FERNANDO ADOLFO
6	5652748	BOIDO STELLA MARIS
4	42102308	FLORES ROCIO
4	26386563	FLORES CELSO DARIO
4	10652933	HERNANDEZ CRISTINA
4	12989393	ROBERTO MIRIAM DEL CARMEN
4	17300902	U&ATE FABIAN
5	4388753	FREYTES OSCAR
4	25505395	ESCOBAR ADRIAN ALBERTO
6	1838866	BORDON MARGARITA DE
4	13782142	MARQUEZ RICARDO JOSE
5	8149175	BUSTOS JOSE ANGEL
6	4939218	ROMAN MARIA CRISTINA
5	8725659	LUCERO JOSE
4	10187612	LEIVAELVIRA
6	1887141	PINEDA HERMINIA BEL
5	6653867	GUZMAN HUGO JOSE
4	93997464	MOLLICA MARIA
4	35459287	GOMEZ GASTON DARIO
6	5126960	SPIRIDONOFF ROSA
6	3918215	MOUTAFIAN AZUCENA
4	18576984	MORENO ELENA
4	32079165	VALENZUELA FRANCISCA MAT
4	17198456	PIATTI MARIA ALEJANDRA
4	16140391	CALEGARI RAUL
5	6561384	STOLLER MARIO NELSO
4	22530408	FERREYRA PABLO GASTON
6	3491620	RUSSO AMALIA ISABEL
4	28903266	MOREIRA MARIA LAURA
4	34523727	MATEO JESICA ROMINA
4	33709118	VEGA MIGUEL
5	6694130	AGUILERA EULOGIO
4	34970540	BRANDAN JAQUELINA E
4	33645934	OLEA YANINA SOLEDAD
4	93645745	BRUSICH ADORNO DIONISI
4	11069036	LANZETTI LUIS ALBERTO
6	4715554	ROJAS EUGENIA CECIL
5	8725476	OSORIO RAUL FLORENC
5	5525829	RODRIGUEZ LUIS ALBERTO
4	30625555	BRITES PATRICIO
4	11597500	FRESCO BEATRIZ SUSANA
4	29802460	ISAURRALDE CESAR DAMIAN
4	26990322	CEJAS ANDREA
5	5465208	BASUALDO ERNESTO PEDRO



4	11744626	JUAREZ ANTONIA INES
6	6037595	BASILE MIRTA NOEMI
6	6208013	SEGUEL AURELIA
5	6560654	SERRA ALDO LUIS
4	92741794	SEGURA JESSICA ANDREA
4	93897177	GIANNINI DE GRILLO EUG
4	36015312	GARATE FERNANDO JOAQUIN
6	1785859	PALACIOS CARLINA ROSA
4	25742425	MARTINEZ DIEGO EZEQUIEL
4	10306889	LOTITO AMALIA
4	24798924	GOMEZ FERNANDO LORENZO D
5	4418167	DALLIER JORGE ALBER
6	5735846	GUAGNINI MIRTA NOEMI
4	25968579	QUIROGA SUSANA ELIZABETH
4	13137102	GARCIA BLANCO MARIA DE
4	22694085	PANIAGUA JUAN CARLOS
4	10076505	MALPELI ALICIA CARM
4	10352161	MORALES DELIA ESTER
4	13587800	PERALTA ANA
4	24142597	LAGOS CAMPODONICO MARC
6	4484154	MERGA MARIA C
4	28013396	LOPEZ FELIX ANTONIO SEBA
4	10864478	ARREDONDO ELIDA BEATRIZ
4	92817572	MARTINEZ ORTIGOZA RAMON
6	4840580	RIVA ROSALIA CRISTI
6	4467579	PALOMEQUE EMETERIA MARI

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 24 de julio de 2024

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 24/07/2024 referida a Varios perteneciente a BANCO SUPERVIELLE S.A. CUIT 33-50000517-9, intervenida por el Dr. GUSTAVO HERNAN FERRARI. 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. GUSTAVO HERNAN FERRARI
Contador Público (U.B.A.)
CPCECABA T° 326 F° 98

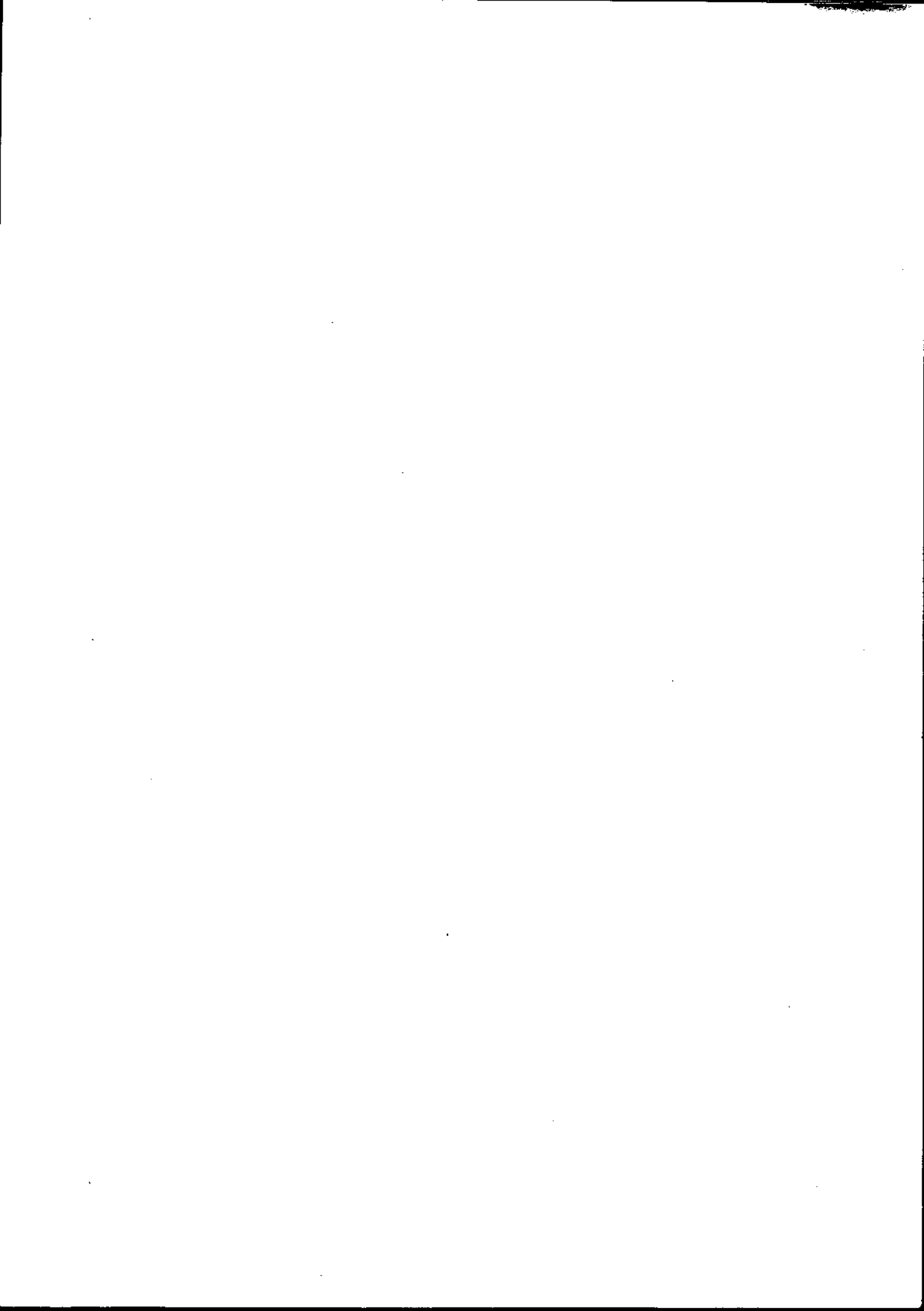


Esta actuación profesional ha sido gestionada por el profesional interviniente a través de internet y la misma reúne los controles de matrícula vigente, incumbencias y control formal de informes y certificaciones (Res. C. 236/88). El receptor del presente documento puede constatar su validez ingresando a www.consejo.org.ar/certificaciones/validar.htm declarando el siguiente código: n1eezom

Legalización N° 897128



ANEXO II



Póliza

DATOS DEL TOMADOR

Nombre:
Documento:
Domicilio:
Localidad:
Provincia:
Condición I.V.A.:
Teléfono:

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre:
Documento:
Actividad:
Correo Electrónico:
Domicilio:
Localidad:
Provincia:
Teléfono:

COBERTURAS

Coberturas	Suma Asegurada
Muerte por Accidente	\$ 400.000
Renta Diaria (Suma Asegurada por día)	\$ 2.000

* Cargas al asegurado, cláusulas aplicables, franquicias y deducibles ver Anexo A

COSTO

PRIMA	\$.
TASA SUPERINTENDENCIA	\$.
IVA	\$.
SERVICIOS SOCIALES	\$.
INGRESOS BRUTOS	\$.
IMPUESTOS INTERNOS	\$.
SELLADOS	\$.
BONIFICACIÓN	\$.

PREMIO A COBRAR

La moneda de este contrato está expresada en pesos argentinos
XXXXXX BANCO SUPERVIELLE

El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326.- La DIRECCION NACIONAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES, Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.

Ramo: **ACCIDENTES PERSONALES**

Póliza N°:
Plan:
Fecha de Emisión:
Vigencia desde:
Período desde:
Período hasta:

Entre esta Compañía (en adelante el Asegurador) y el solicitante (en adelante el Asegurado) se conviene celebrar este contrato de seguro, sujeto a las Condiciones Generales, Específicas, Particulares y demás Cláusulas, Anexos y Endosos que forman parte de la presente Póliza. La Entidad Aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado

Por reclamos, que no hayan sido solucionados previamente por las vías de atención al público de la entidad, podrán comunicarse con este Servicio al teléfono **011-5272-3305**. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.supervielleseguros.com.ar.

En caso de que existiera un reclamo ante la entidad aseguradora y que el mismo no haya sido resuelto o haya sido desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400 o por correo electrónico a consultas@ssn.gob.ar.

ADVERTENCIA: Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considera aprobada por el asegurado si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.

El pago de la presente póliza será debitado de:

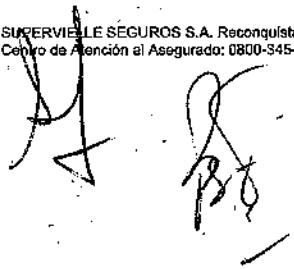
PLAN DE PAGOS: Detalle de cuotas.

ESTA PÓLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN SEGÚN PROVEIDO N° 38560



Diego Squartini
Supervielle Seguros S.A

La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme a lo previsto en el punto 7.8 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora. En virtud de contener esta póliza firma, la Compañía renuncia a oponer defensa relacionadas con la falsedad o inexistencia de la firma.



ANEXO A

Cláusulas y/o Anexos que forman parte de esta póliza

Anexo A; Anexo I, CP-1005-AP, CE-1010-AP, CE-1020-RDH, CG-2010-AP, Anexo II, ASISTENCIAS

CARGAS AL ASEGURADO

CG-2010-AP Condiciones Generales Accidentes Personales

Cláusula 9

El Asegurado o los beneficiarios comunicarán al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los tres (3) 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.

Desde el momento de hacerse aparentes las lesiones, el accidentado deberá someterse, a su cargo, a un tratamiento médico racional y seguir las indicaciones del facultativo que le asiste; deberá enviarse al Asegurador un certificado del médico que atiende al lesionado 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. El Asegurado remitirá al Asegurador las certificaciones médicas que informen sobre la evolución de las lesiones y actualicen el pronóstico de curación, cuando le sea requerido por el Asegurador, con una frecuencia no inferior a quince (15) días. Asimismo, el Asegurado deberá someterse hasta tres (3) exámenes médicos que el Asegurador solicite, siendo el costo de estos exámenes a cargo del asegurador.

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, constancias de intervención policial o diligencias judiciales si correspondiera, y a permitirle al Asegurador las indagaciones necesarias a tales fines sin perjuicio de la información a que se refiere el párrafo anterior.

En caso de fallecimiento del Asegurado, 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.

EN CASO DE SINIESTRO: por favor, comuníquese con el Centro de Atención al Asegurado de Supervielle Seguros al 0800-345-1599 de lunes a viernes de 9:00 a 21:00 horas o vía correo electrónico a atencionalasegurado@supervielleseguros.com

Conste que la emisión de cualquier suplemento sobre esta póliza no implica inhabilitación de cobertura si la misma se halla suspendida por falta de pago en término, a la fecha de emisión del suplemento.

MEDIOS DE PAGO

Advertencia: Medios de Pago (Artículo 1° de la Resolución ME N° 429/00 (modificado por la Resolución ME N° 407/01))

Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes:

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

Los productores asesores de seguros Ley N° 22.400 deberán ingresar el producido de la cobranza de premios a través de los medios detallados en el Artículo 1° de la presente resolución.

Supervielle Seguros pone a disposición de sus clientes la **Línea Ética**, un servicio de información confidencial e independiente, para comunicar todo hecho o situación irregular que afecte los intereses del Grupo Supervielle, cumplimentando asimismo los lineamientos de la Resolución N° 38.477 de la SSN. Los medios de contacto son: 0800-777-7813 y/o www.eticagruposupervielle.kpmg.com.ar

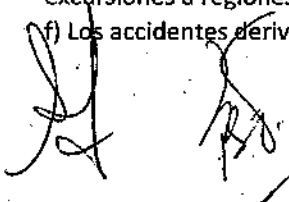
ANEXO I

(Apartado 25.1. de la Resolución General número 21.523 de la Superintendencia de Seguros de la Nación)

RIESGOS NO CUBIERTOS

Quedan excluidos de este seguro:

- a) Las consecuencias de enfermedades de cualquier naturaleza, inclusive las originadas por la picadura de insectos.
- b) Las lesiones causadas por la acción de los rayos "X" y similares, y de cualquier elemento radiactivo, u originadas en reacciones nucleares; de las lesiones imputables a esfuerzo, salvo los casos contemplados en el Artículo 4; de insolación, quemaduras por rayos solares, enfriamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales; de psicopatías transitorias o permanentes y de operaciones quirúrgicas o tratamientos; salvo que cualquiera de tales hechos sobrevenga a consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza o del tratamiento de las lesiones por él producidas.
- c) 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. No obstante quedan cubiertos los actos realizados para precaver el siniestro o atenuar sus consecuencias o por un deber de humanidad generalmente aceptado.
- d) 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 por esta póliza; o por estado de ebriedad o por estar el Asegurado bajo la influencia de estupefacientes o alcaloides.
- e) Los accidentes que ocurran mientras el Asegurado tome parte en carreras, ejercicios o juegos atléticos de acrobacia o que tengan por objeto pruebas de carácter excepcional, o mientras participe en viajes o excursiones a regiones a zonas inexploradas.
- f) Los accidentes derivados de la navegación aérea no realizada en líneas de transporte aéreo regular.



g) Los accidentes derivados del uso de motocicletas y vehículos similares, o de la práctica de deportes que no sean los enumerados en el Artículo 5, o en condiciones distintas a las enunciadas en el mismo.

h) Los accidentes causados por hechos de guerra civil o internacional.

i) Los accidentes causados por hechos de: guerrilla, rebelión, terrorismo, motín o tumulto popular, huelga o lock-out, cuando el Asegurado participe como elemento activo.

j) Los accidentes causados por fenómenos sísmicos, inundaciones u otros fenómenos naturales de carácter catastrófico.

Además, queda excluido de la cobertura de fractura de huesos:

k) Rotura de huesos producida como consecuencia inmediata o mediata de osteoporosis.

CP-1005-AP

CONDICIONES PARTICULARES ACCIDENTES PERSONALES

- **TODAS LAS COBERTURAS**

Edad mínima de incorporación:

Desde los 14 (catorce) años de edad inclusive.

Edad máxima de incorporación:

Hasta los 82 (ochenta y dos) años de edad inclusive.

Edad máxima de permanencia:

Hasta el día que el Asegurado cumpla 85 (ochenta y cinco) años de edad.

- **RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN**

Período de espera:

Quince (15) días, efecto no retroactivo.

Período máximo de cobertura:

Ciento ochenta (180) días.

CE-1010-AP

CONDICIONES ESPECÍFICAS MUERTE POR ACCIDENTE

Artículo 1 - COBERTURA

Si como consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza se produjera el fallecimiento del Asegurado, el Asegurador abonará a los beneficiarios establecidos la suma asegurada prevista para esta cobertura, que se estipula en las Condiciones Particulares de póliza.

Esta cobertura es de contratación obligatoria y cualquier indemnización que corresponda en virtud de esta Condición Específica es adicional e independiente de la que corresponda por las restantes coberturas contratadas.

Artículo 2 - PAGO DEL BENEFICIO

Para obtener el beneficio previsto en esta cobertura, además de lo estipulado en el Artículo 9 de las Condiciones Generales de póliza, se requiere presentar la siguiente documentación:

a) Copia legalizada de la partida de defunción del Asegurado.

b) Certificado médico detallando las causas del fallecimiento.

c) Cuando los beneficiarios fueran los herederos, testimonio de la Declaratoria de Herederos dictada por el

juez competente.

CE-1020-RDH

CONDICIONES ESPECÍFICAS RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

Artículo 1 - COBERTURA

Si un accidente cubierto por esta póliza causara la hospitalización del Asegurado, el Asegurador pagará la indemnización diaria estipulada para esta cobertura en las Condiciones Particulares de póliza.

Dicha indemnización diaria se comenzará a abonar desde el primer día de hospitalización cuando la misma supere el período de espera que se estipula en las Condiciones Particulares de póliza, computado en días completos y consecutivos, y por el período máximo de pago de beneficio que también se estipula en las Condiciones Particulares de póliza.

Artículo 2 - DEFINICIONES

A los efectos de esta cobertura, se entiende por:

- **Hospitalización:** Es la permanencia del Asegurado como paciente durante un mínimo de veinticuatro (24) horas en un hospital. Es indispensable su inscripción en el registro de entrada del establecimiento.
- **Hospital:** Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades o lesiones corporales, provisto de los medios para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. Dicho establecimiento debe proporcionar asistencia médica y de enfermería durante las veinticuatro (24) horas del día.

Artículo 3 - PAGO DEL BENEFICIO

Para obtener el beneficio previsto en esta cobertura, además de lo estipulado en el Artículo 9 de las Condiciones Generales de póliza, se deberá presentar la documentación pertinente que acredite la hospitalización: registro expedido por el hospital con indicación de la fecha de ingreso y alta del Asegurado, certificado médico en el que conste el motivo de la hospitalización.

Cualquier indemnización que corresponda en virtud de esta Condición Específica es adicional e independiente de la que corresponda por las restantes coberturas contratadas y/o por los beneficios que pudiera recibir el Asegurado por otras coberturas y/o prestaciones ajenas a este seguro.

Artículo 4 - HOSPITALIZACIONES RECURRENTES

Si se hubiera abonado alguna indemnización prevista por esta cobertura y el Asegurado debiera ser nuevamente hospitalizado por la misma causa, la nueva hospitalización se considerará como continuación de la anterior, salvo que entre una y otra haya transcurrido un período de doce (12) meses consecutivos.

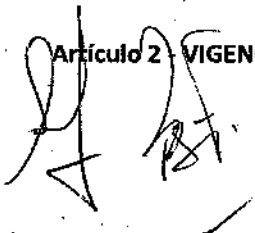
CG-2010-AP

CONDICIONES GENERALES ACCIDENTES PERSONALES

Artículo 1 - DISPOSICIONES FUNDAMENTALES

Esta póliza cuenta con Condiciones Generales, Condiciones Específicas y Condiciones Particulares. En caso de discordancia entre las Condiciones Generales y Condiciones Específicas respecto a las Condiciones Particulares, se estará a lo que dispongan estas últimas.

Artículo 2 - VIGENCIA



Esta póliza adquiere fuerza legal desde las cero (0) horas de la fecha de inicio de vigencia indicada en las Condiciones Particulares de póliza, renovándose anualmente en forma automática.

Artículo 3 - COBERTURA

El Asegurador se compromete al pago de los beneficios estipulados en las Condiciones Específicas de las coberturas que se indican en las Condiciones Particulares de póliza, cuando el Asegurado sufra durante la vigencia del seguro alguna de las contingencias previstas en las coberturas contratadas a causa de un accidente, siempre que las consecuencias del mismo se manifiesten a más tardar dentro de un año a contar de la fecha del accidente, sujeto a los términos y condiciones establecidos en las Condiciones Particulares, Condiciones Generales y Condiciones Específicas que integran el presente contrato.

Los beneficios previstos para las distintas coberturas son independientes entre sí, siendo obligatoria la contratación de la cobertura de Muerte.

Artículo 4 - DEFINICION DE ACCIDENTE

A los efectos de este seguro, se entiende por accidente toda lesión corporal que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta, sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad, por la acción repentina y violenta de o con un agente externo.

Se consideran también accidentes: la asfixia o 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; quemaduras de todo tipo producidas por cualquier agente, salvo lo dispuesto en el Artículo 6, inc. b); infecciones microbianas o intoxicaciones cuando sean de origen traumático; rabia; luxaciones articulares y distensiones, dilaceraciones y rupturas musculares, tendinosas y viscerales (excepto lumbalgias, várices y hernias) causadas por esfuerzo repentino y evidentes al diagnóstico.

Artículo 5 - ALCANCE DE LA COBERTURA

Conforme a los términos, condiciones, límites y exclusiones establecidos en la presente póliza, este seguro cubre todos los accidentes 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, en su vida particular, o mientras esté circulando o viajando en vehículos particulares terrestres o acuáticos, propios o ajenos, conduciéndolos o no, o haciendo uso de cualquier medio habitual de transporte público de personas, ya sea terrestre, fluvial, lacustre, marítimo o en líneas de transporte aéreo regular.

Se cubren también los accidentes que se produzcan durante la participación en los siguientes entretenimientos y deportes exclusivamente: juegos de salón y la práctica normal y no profesional de: atletismo, básquetbol, bochas, bolos, canotaje, caza menor, ciclismo, deporte náutico a vela y/o motor por ríos o lagos, equitación, esgrima, excursiones a montañas por carreteras y senderos, gimnasia, golf, handball, hockey sobre césped, natación, patinaje, pelota a paleta, pelota al cesto, pesca (salvo en alta mar), remo, tenis, tiro (en polígonos habilitados), volley-ball y water-polo.

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 6 - RIESGOS NO CUBIERTOS

Quedan excluidos de este seguro:

- a) Las consecuencias de enfermedades de cualquier naturaleza, inclusive las originadas por la picadura de

insectos.

b) Las lesiones causadas por la acción de los rayos "X" y similares, y de cualquier elemento radiactivo, u originadas en reacciones nucleares; de las lesiones imputables a esfuerzo, salvo los casos contemplados en el Artículo 4; de insolación, quemaduras por rayos solares, enfriamiento y demás efectos de las condiciones atmosféricas o ambientales; de psicopatías transitorias o permanentes y de operaciones quirúrgicas o tratamientos; salvo que cualquiera de tales hechos sobrevenga a consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza o del tratamiento de las lesiones por él producidas.

c) 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.

No obstante, quedan cubiertos los actos realizados para precaver el siniestro o atenuar sus consecuencias o por un deber de humanidad generalmente aceptado.

d) 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 por esta póliza; o por estado de ebriedad o por estar el Asegurado bajo la influencia de estupefacientes o alcaloides.

e) Los accidentes que ocurran mientras el Asegurado tome parte en carreras, ejercicios o juegos atléticos de acrobacia o que tengan por objeto pruebas de carácter excepcional, o mientras participe en viajes o excursiones a regiones o zonas inexploradas.

f) Los accidentes derivados de la navegación aérea no realizada en líneas de transporte aéreo regular.

g) Los accidentes derivados del uso de motocicletas y vehículos similares, o de la práctica de deportes que no sean los enumerados en el Artículo 5, o en condiciones distintas a las enunciadas en el mismo.

h) Los accidentes causados por hechos de guerra civil o internacional.

i) Los accidentes causados por hechos de: guerrilla, rebelión, terrorismo, motín o tumulto popular, cuando el Asegurado participe como elemento activo.

j) Los accidentes causados por fenómenos sísmicos, inundaciones u otros fenómenos naturales de carácter catastrófico.

Artículo 7 - PERSONAS NO ASEGURABLES

No son asegurables las personas menores a la edad mínima de ingreso, ni mayores a la edad máxima de ingreso, ambas previstas en las Condiciones Particulares de póliza.

Tampoco son asegurables aquellos que no cumplan a satisfacción de la aseguradora los requisitos de asegurabilidad correspondientes. La aseguradora notificará la aceptación o rechazo de la solicitud dentro de los 30 días de recibida. En caso de silencio se considerará aceptada.

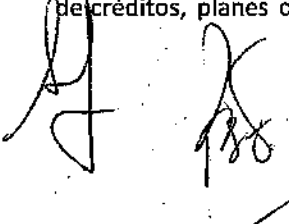
Artículo 8 - PAGO DE LA PRIMA

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 (Artículo 30 de la Ley de Seguros N° 17.418).

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

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

En caso que el pago del premio se efectúe mediante descuentos de haberes o conjuntamente con el cobro de créditos, planes de ahorro o cualquier otro procedimiento análogo, la obligación de pago del premio



por cada Asegurado, se considerará cumplida cuando el mismo sea descontado del haber del Asegurado o en la fecha en que el Asegurado abone la cuota del crédito o servicio al Tomador, según el caso, independientemente del efectivo ingreso de los fondos a la Compañía. (Artículo 10º - Resolución SSN Nº 28.268)

Artículo 9 - 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 (3) 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.

Desde el momento de hacerse aparentes las lesiones, el accidentado deberá someterse, a su cargo, a un tratamiento médico racional y seguir las indicaciones del facultativo que le asiste; deberá enviarse al Asegurador un certificado del médico que atiende al lesionado 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. El Asegurado remitirá al Asegurador las certificaciones médicas que informen sobre la evolución de las lesiones y actualicen el pronóstico de curación, cuando le sea requerido por el Asegurador, con una frecuencia no inferior a quince (15) días. Asimismo, el Asegurado deberá someterse hasta tres (3) exámenes médicos que el Asegurador solicite, siendo el costo de estos exámenes a cargo del asegurador.

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, constancias de intervención policial o diligencias judiciales si correspondiera, y a permitirle al Asegurador las indagaciones necesarias a tales fines sin perjuicio de la información a que se refiere el párrafo anterior.

En caso de fallecimiento del Asegurado, 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 10 - CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACION DEL ASEGURADOR

El pago de los beneficios estipulados en esta póliza se hará dentro de los quince (15) días de notificado el siniestro o de cumplidos los requisitos a que se refiere el Artículo 9 de estas Condiciones Generales, el que sea posterior.

Artículo 11 - VALUACION POR PERITOS

Si no hubiere acuerdo entre las partes, las consecuencias indemnizables del accidente serán determinadas por dos 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 fuere electo en el plazo establecido en el apartado anterior, la parte más diligente podrá requerir su nombramiento a la Secretaría de Salud de la Nación u organismo que la reemplace.

Los honorarios y gastos de los médicos de las partes serán a su respectivo cargo y los del tercero serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo, salvo en caso de equidistancia en que se pagarán por mitades entre las partes.

Artículo 12 - PLURALIDAD DE SEGUROS

Las indemnizaciones establecidas en esta póliza son independientes de otras coberturas contratadas por el Asegurado en esta u otra Aseguradora.

El Asegurado, por lo tanto, no tiene obligación de notificar los riesgos de Accidentes Personales que se cubran en otras pólizas.

Artículo 13 - RETICENCIA

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

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 dentro del plazo citado precedentemente, 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.

Artículo 14 - AGRAVACION DEL RIESGO

El Asegurado debe denunciar al Asegurador toda agravación del riesgo asumido, que de haber existido al tiempo de la celebración del contrato lo hubiera impedido o hubiera modificado sus condiciones. Se consideran 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.

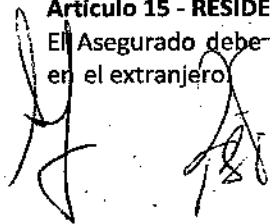
La agravación del riesgo producirá la suspensión de la cobertura o la rescisión del contrato de conformidad con los Artículos 37 y correlativos de la Ley de Seguros.

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 la 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 6, inciso g).

Artículo 15 - RESIDENCIA EN EL EXTRANJERO

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



Artículo 16 - REDUCCION 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 17 - DESIGNACION 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 hubiere otorgado testamento; si lo hubiere 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 contratante no designe beneficiario o por cualquier causa la designación se haga ineficaz o quede sin efecto, se entiende que designó a los herederos.

Artículo 18 - CAMBIO DE BENEFICIARIO

El contratante podrá cambiar en cualquier momento el beneficiario designado. Para que el cambio de beneficiario surta efecto frente al Asegurador, es indispensable que éste sea debidamente notificado. Cuando la designación sea a título oneroso y el Asegurador conozca dicha circunstancia no admitirá el cambio de beneficiario.

El Asegurador queda liberado si, actuando diligentemente, hubiera pagado la suma asegurada a los beneficiarios designados con anterioridad a la recepción de cualquier notificación que modificara esa designación.

Artículo 19 - 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 culpa o negligencia, de acuerdo al régimen previsto en el Artículo 36 de la Ley de Seguros.

Artículo 20 - RESCISION UNILATERAL

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 el Asegurado, la rescisión se producirá desde la fecha en que notifique fehacientemente esa decisión.

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.

Artículo 21 - FACULTADES DEL PRODUCTOR O AGENTE

El productor o agente de seguro, 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 seguro;
- 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 22 - DOMICILIO

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.

Artículo 23 - COMPUTO DE LOS PLAZOS

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

Artículo 24 - COMPETENCIA

Toda controversia judicial que se plantee con relación al presente contrato, será dirimida ante los Tribunales ordinarios competentes de la jurisdicción del lugar de emisión de la póliza o del domicilio del asegurado en los casos en que la póliza y/o el certificado individual haya sido emitido en una jurisdicción distinta al de su domicilio.

Artículo 25 - OBLIGACIONES DEL TOMADOR

El Tomador está obligado a notificar al Asegurador mensualmente las variaciones que se produzcan en la composición del grupo asegurado, por el ingreso y egreso de Asegurados.

- **Altas:** Para las personas que, perteneciendo al grupo asegurable, satisfagan las condiciones de adhesión con posterioridad a la fecha de vigencia de este contrato, el seguro regirá a partir de la fecha de vencimiento de prima siguiente a la fecha en que se cumplimenten las condiciones de adhesión.

- **Bajas:** La cobertura de este seguro para cada Asegurado quedará rescindida o caducará en los siguientes casos:

- a) Por renuncia del Asegurado a continuar con su seguro.
- b) Por dejar de pertenecer al grupo regido por el Tomador.
- c) Por fallecimiento del Asegurado.
- d) Por haber alcanzado el Asegurado la edad máxima de cobertura prevista en las Condiciones Particulares de esta póliza.

Artículo 26 - DEFINICIONES

A los efectos de este seguro, se entiende por:

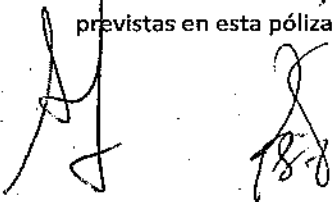
- **Asegurador:** Supervielle Seguros S.A., que asume la cobertura de los riesgos objeto de este contrato.

- **Tomador:** Es la persona física o jurídica que suscribe este contrato con el Asegurador y representa al grupo asegurado.

- **Grupo asegurable:** Es un conjunto de personas unidas por un vínculo o interés común, previo a la contratación del seguro, pero diferente a éste.

- **Asegurado:** Cada una de las personas que, perteneciendo al grupo asegurable, satisface las condiciones de adhesión al seguro, y que se identifica en el Certificado Individual de Incorporación. El conjunto de asegurados conforma el grupo asegurado.

- **Beneficiario:** Es la persona designada por el Asegurado, con derecho a recibir las indemnizaciones previstas en esta póliza.



ANEXO II

CLÁUSULA DE COBRANZA DEL PREMIO

Artículo 1 - El premio de este seguro debe pagarse al contado, en la fecha de iniciación de la vigencia de cada periodo de facturación, dependiendo de la periodicidad del pago de prima pactada en las Condiciones Particulares, debiendo incluir la totalidad del impuesto al valor agregado correspondiente. En el caso en que la vigencia del seguro se prorrogue automáticamente por once periodos mensuales en forma sucesiva, de acuerdo a las previsiones de las Condiciones Generales y Particulares de la póliza, el premio correspondiente a cada periodo de prórroga de vigencia debe pagarse al contado, en la fecha de iniciación de la vigencia de cada uno de ellos, debiendo incluir la totalidad del impuesto al valor agregado correspondiente.

Cumplida la anualidad, si el contrato es renovado en forma automática, serán de aplicación para la nueva anualidad las disposiciones del párrafo precedente.

Sin embargo, el premio no será exigible sino contra entrega de la Póliza o Certificado Individual o endoso de cada periodo de facturación (art. 30 de la Ley 17.418).

Artículo 2 - Esta póliza entrará en vigencia desde las cero (0) horas del día fijado como inicio de su vigencia, siempre que se haya pagado la totalidad del premio, o el pago inicial del mismo, de acuerdo a lo estipulado en el Artículo 1°.

Artículo 3 - La cobertura que otorga la póliza quedará automáticamente suspendida cuando vencido cualquiera de los plazos para el pago del premio exigible, este no fue realizado en término.

La Aseguradora concede un Plazo de Gracia de un mes (no inferior a 30 días) para el pago del Premio, sin recargos de intereses. Durante el Plazo de Gracia la Póliza continuará vigente. Si ocurre un siniestro cubierto por la Póliza dentro del Plazo de Gracia, se deducirá de la suma a abonarse el Premio o fracción de Premio impago vencido.

Para el pago del primer Premio o fracción de Premio, el Plazo de Gracia se contará desde la fecha de emisión de la Póliza, o desde la fecha en que comienzan sus efectos, si esta fuera posterior. Para el pago de los Premios o fracciones de Premios siguientes, el Plazo de Gracia correrá a partir de la hora cero (0) del día que vence cada una.

Una vez vencido el Plazo de Gracia para el pago del Premio exigible, sin que este se haya producido, la cobertura quedará automáticamente suspendida desde la hora 24 del día del vencimiento impago, sin necesidad de interpelación judicial o extrajudicial alguna, ni constitución en mora, la que se producirá por el solo vencimiento de ese plazo.

El plazo máximo de Suspensión de la Póliza, será de sesenta (60) días contados a partir de la hora cero (0) del día siguiente al vencimiento del Plazo de Gracia.

La cobertura sólo podrá rehabilitarse dentro de los 60 días contados desde la hora 24 de la fecha de cualquier vencimiento impago. La rehabilitación surtirá efecto desde la hora cero (0) del día siguiente a aquel en que la Aseguradora reciba el pago del importe vencido.

Una vez vencido el plazo máximo de Suspensión de la Póliza, la Póliza quedará rescindida automáticamente por falta de pago.

La gestión del cobro extrajudicial o judicial del Premio o fracción del Premio adeudado no modificará la Suspensión de la cobertura o rescisión de la Póliza.

Artículo 4 - Las disposiciones de la presente Clausula son también adicionales por endosos o suplementos de póliza.

Artículo 5 - Queda entendido y convenido que los créditos recíprocos, liquidos y exigibles que existan pendientes o que se generen por cualquier concepto, vinculados o no con este contrato de seguro u otros celebrados por las partes, se compensarán de pleno derecho hasta la concurrencia del o de los montos menores.

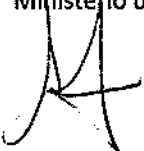
Artículo 6 - Todos los pagos que resulten de la aplicación de esta Cláusula se efectuarán de acuerdo a lo normado en el Artículo 1º de la Resolución ME N° 429/00 (modificado por la Resolución ME N° 407/01), cuyo texto se transcribe seguidamente:

"ARTICULO 1º — Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes:

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

Los productores asesores de seguros Ley N° 22.400 deberán ingresar el producido de la cobranza de premios a través de los medios detallados en el Artículo 1º de la presente resolución."

ADVERTENCIA: Los únicos sistemas habilitados para cancelar premios son los arriba enunciados de acuerdo con el artículo 1º de la Resolución del Ministerio de Economía N° 407/2001 que modificó la Resoluciones del Ministerio de Economía N° 429/00 y N° 90/2001.



ASISTENCIAS

CONDICIONES GENERALES IKÉ

ASISTENCIA BANCO SUPERVIELLE MULTIASISTENCIA FULL

A. DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS PRESTADOS POR IKÉ ASISTENCIA ARGENTINA:

Los SERVICIOS, materia de contratación, serán prestados por **IKE ASISTENCIA ARGENTINA** a los BENEFICIARIOS, cuando así sean solicitados, las 24 horas del día, los 365 días del año. Para solicitar un servicio el BENEFICIARIO deberá comunicarse al **0800-122-2747**.

DEFINICIONES

Para los efectos de la presentación de los SERVICIOS bajo este Anexo, se entenderá por:

- a) **ACCIDENTE:** Todo acontecimiento que provoque daños materiales y/o corporales al BENEFICIARIO y / o a sus bienes causado única y directamente por una causa externa, violenta, fortuita y evidente.
- b) **BENEFICIARIO(s):** CLIENTE, cónyuge e hijos menores de 18 años.
- c) **CAT:** Centro de Atención Telefónica de IKE ASISTENCIA ARGENTINA.
- d) **CLIENTE:** Toda persona física cliente de BANCO SUPERVIELLE.
- e) **DOMICILIO RESIDENCIAL:** Casa, departamento o unidad para uso habitacional que sea el DOMICILIO RESIDENCIAL permanente del BENEFICIARIO.
- f) **EMERGENCIA:** es aquella situación urgente que pone en peligro inmediato la vida de la persona. En esta situación se requiere una asistencia inmediata.
- g) **EXCEDENTE:** Monto a pagar por parte del BENEFICIARIO/CLIENTE, cuando se supere el tope establecido en la cobertura.
- h) **FECHA DE ENTRADA EN VIGOR:** El día a partir del cual los términos y condiciones estipulados en el presente instrumento comenzarán a surtir plenos efectos.
- i) **PRINCIPALES CIUDADES:** Aquellas que tienen más de 40.000 habitantes.
- j) **PROVEEDOR:** Es IKÉ ASISTENCIA ARGENTINA S.A.
- k) **REFERENCIA:** Información concerniente al tema que corresponda, según se obtiene de los sitios de publicación oficial para cada caso.
- l) **SERVICIOS:** Son las actividades, operaciones y funciones a cargo de IKE ASISTENCIA ARGENTINA relacionados con asistencia, cuya descripción, límites, alcances y condiciones se detallan en este documento.
- m) **URGENCIA:** es la aparición fortuita en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención, por parte del sujeto.

CLAUSULAS

1. ASISTENCIA MÉDICA

(A) ACOMPAÑANTE NOCTURNO POR INTERNACIÓN.

Limitado a \$20.000 por año.

Ante la solicitud del BENEFICIARIO, en caso de que necesitara ser acompañado durante la noche y requiriera asistencia permanente según sea determinado por el equipo médico del PROVEEDOR, se cubrirá el costo de un acompañante nocturno. El acompañante no realizará curaciones ni proporcionará medicamentos,

únicamente acompaña. No se especializa en cuidados de salud. El EXCEDENTE, en caso de existir, será abonado por el BENEFICIARIO.

Este SERVICIO será brindado en las PRINCIPALES CIUDADES del país. En el resto de las ciudades el PROVEEDOR hará su mayor esfuerzo por contactar a un acompañante nocturno con la mayor rapidez posible. Se deberá coordinar con al menos 72 horas de anticipación. En caso contrario, se realizará el reintegro correspondiente.

(B) ENFERMERA A DOMICILIO.

Limitado a \$20.000 por año.

En caso de que el BENEFICIARIO sufra una enfermedad o padecimiento agudo y requiera la asistencia de una enfermera para colocación de inyecciones y/o curaciones, el PROVEEDOR gestionará y cubrirá el costo del traslado de la misma al DOMICILIO RESIDENCIAL del BENEFICIARIO, para tal fin.

El BENEFICIARIO deberá contar para ello con la inyección, y la receta correspondiente, la cual será solicitada por la enfermera. La enfermera no realizará evaluaciones médicas; sólo aplicará la inyección que se recetó a tal efecto. En los casos de curaciones, éstas se realizarán sólo en las zonas intervenidas durante la hospitalización.

Se brindará el SERVICIO en las PRINCIPALES CIUDADES del país. En el resto de las ciudades el PROVEEDOR hará su mayor esfuerzo por contactar a una enfermera con la mayor rapidez posible. Se deberá coordinar con al menos 72 horas de anticipación. En caso contrario, se realizará el reintegro correspondiente.

(C) AMBULANCIA (Código rojo) Limitado a \$20.000 por año.

Si el BENEFICIARIO sufre de enfermedad grave o ACCIDENTE que tales que su vida esté en riesgo, IKE ASISTENCIA ARGENTINA organizará y cubrirá el costo de su traslado al centro hospitalario más cercano o apropiado, en ambulancia terrestre. Si fuera necesario por razones médicas se realizará dicho traslado bajo la supervisión de un médico en caso de código rojo.

(D) TERAPEUTA A DOMICILIO Limitado a \$20.000 por año.

En caso de que el BENEFICIARIO sufra una enfermedad o padecimiento agudo y requiera la asistencia de un terapeuta, el PROVEEDOR gestionará y cubrirá el costo del traslado del mismo al DOMICILIO RESIDENCIAL del BENEFICIARIO, para tal fin.

Se brindará el SERVICIO en las PRINCIPALES CIUDADES del país. En el resto de las ciudades el PROVEEDOR hará su mayor esfuerzo por contactar a un especialista con la mayor rapidez posible. Se deberá coordinar con al menos 72 horas de anticipación. En caso contrario, se realizará el reintegro correspondiente.

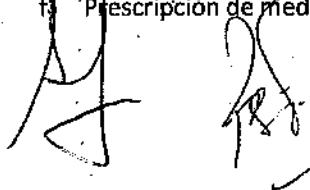
ASISTENCIA ODONTOLÓGICA

(A) SERVICIOS ODONTOLÓGICOS EN CENTROS DE ATENCIÓN PERMANENTE POR URGENCIA Y TRATAMIENTO

Limitado a \$20.000 por año. 1 evento por urgencia y 1 evento por tratamiento

A requerimiento del BENEFICIARIO y sin turno previo, siempre que el equipo odontológico del PROVEEDOR lo considere necesario se cubrirá las siguientes consultas:

- a) Consulta de urgencia, alivio del dolor y medicación sedante
- b) Apertura cameral y obturación provisoria
- c) Eliminación parcial o total de la pulpa dentaria
- d) Colocación de eugenato, caavit.
- e) Medicación tópica
- f) Prescripción de medicación antibiótica, antiinflamatoria y/o



- analgésica
- g) Curetajes
- h) Extracción simple
- i) Diagnóstico
- j) Plan de tratamiento
- k) Exodoncias simples o extracciones
- l) Técnicas de higiene oral y prevención telefónica
- m) Tratamientos de conducto
- n) Referencias de centros odontológicos.

2. ASISTENCIA AL HOGAR

CARACTERISTICAS DEL SERVICIO:

Se proporcionará el servicio las 24 horas del día de los 365 días al año. Todos los SERVICIOS están garantizados por 90 días calendario contados a partir de la fecha de terminación de los trabajos. El tope de cobertura por evento incluye costos de mano de obra y materiales. El excedente lo cubrirá el BENEFCIARIO en caso de superar el límite establecido.

IKE ASISTENCIA ARGENTINA enviará al domicilio residencial del BENEFCIARIO un prestador de SERVICIOS que se encargará de atender las siguientes eventualidades:

(A) SERVICIOS EN INSTALACIONES ELECTRICAS.

Limitado a \$20.000.- por evento y a 3 eventos anuales.

Restablecimiento del servicio de energía eléctrica por causa de un corte total, cuando la falla se origine en el interior del INMUEBLE y que corresponda al domicilio residencial del BENEFCIARIO.

Reparación o cambio de tableros eléctricos, llaves térmicas, interruptores (disyuntores) o fusibles dañados a causa de corte total de energía; sólo en aquellas partes que pertenezcan a la instalación eléctrica del propio INMUEBLE.

Nota: No incluye la reparación de ningún aparato o equipo que funcione con energía eléctrica, ni reposición de accesorios (lámparas, luminarias, balastos, etc.)

(B) SERVICIOS DE PLOMERIA.

Limitado a \$20.000.- por evento y a 3 eventos anuales.

Se consideran dentro de estos SERVICIOS las fallas por rotura o fuga en las instalaciones hidráulicas y sanitarias que requieran reparación de EMERGENCIA por causar daño al INMUEBLE.

En caso de que la falla detectada sea provocada por falta de mantenimiento del BENEFCIARIO de sus cañerías, artefactos o instalaciones hidráulicas, sanitarias o de otro tenor, sólo se enviará un prestador especializado en la primera solicitud. En solicitudes posteriores, y advertido el BENEFCIARIO de las deficiencias en el mantenimiento de sus instalaciones, **IKE ASISTENCIA ARGENTINA** no estará obligado a prestar nuevamente el servicio ante una nueva falla.

Nota: No incluye la reparación de ningún artefacto, equipo u accesorio que se encuentre conectado a las instalaciones hidráulicas y sanitarias (lavatorios, bidet, inodoro, lavarropas, termotanques, calefones, griferías, etc.).

(C) SERVICIOS DE CERRAJERIA.

Limitado a \$20.000.- por evento y a 3 eventos anuales.

Reparación y/o apertura de chapas y cerraduras dañadas por AVERÍA, ACCIDENTE o robo en las puertas exteriores que se encuentren trabadas y que impidan el ingreso o egreso al INMUEBLE y que atenten contra

la seguridad del hogar. En el caso de SERVICIOS de cerrajería se prestará el servicio en cualquier domicilio que solicite el BENEFICIARIO siempre y cuando este se encuentre presente sujeto a los toques monetarios y límites anuales.

En caso de que se requiera un remplazo de cerradura, **IKE ASISTENCIA ARGENTINA** conserva el derecho de retener la cerradura averiada una vez que la reemplazó por una en funcionamiento.

(D) SERVICIOS DE VIDRIERIA.

Limitado a \$20.000 por evento y a 3 eventos anuales. Cambio de vidrios rotos en puertas y ventanas que den a la línea municipal y atenten contra la seguridad del DOMICILIO RESIDENCIAL.

(E) SERVICIOS DE GAS.

Limitado a \$20.000 por evento y a 3 eventos anuales.

Cuando en la residencia asegurada se produjera una pérdida y/o fuga de gas, EL PROVEEDOR enviará un gasista para reparar dicha pérdida en la residencia asegurada (sin asumir la reparación definitiva). Teniendo en cuenta el alto riesgo que implica una pérdida y/o fuga de gas, el gasista revisará la pérdida y ante cualquier inconsistencia en las instalaciones que no se repare, el prestador está obligado a reportar a la entidad reguladora correspondiente.

Nota: El servicio se brindará en el domicilio registrado por el usuario.

(F) CUIDADOR ANTE SINIESTRO

Limitado a 1 EVENTO por año; MONTO LÍMITE POR EVENTO: \$20.000. Ante siniestro entre las primeras 72 HS de ocurrido o de haber tomado conocimiento del mismo.

Cuando una residencia asegurada se presentara vulnerable, como consecuencia de un siniestro y por este motivo estuviesen en peligro los bienes existentes en su interior, EL PROVEEDOR brindará de acuerdo a las disponibilidades locales, un servicio de vigilancia.

(G) SERVICIO DE MUDANZA

Limitado a 1 EVENTO por año; MONTO LÍMITE POR EVENTO: \$20.000. Traslado y guarda de Muebles.

Quedando la vivienda garantizada inhabitable, y siendo necesario retirar los muebles por razones de seguridad o para efectuar la reparación para tornarla habitable, EL PROVEEDOR organizará el retiro y el traslado de los muebles por una empresa especializada, al lugar especificado por el beneficiario, dentro de un radio de 50 Km: contados a partir del lugar del siniestro. Para todos los SERVICIOS el PROVEEDOR se reserva el derecho de prestarlos a través del formato de REINTEGRO cuando lo considere más conveniente para el BENEFICIARIO, por considerarlos especiales por la situación que les dio origen o por otra razón, por la zona de prestación de los SERVICIOS o por cualquier otro motivo que el PROVEEDOR considere.

(H) SERVICIO DE MANTENIMIENTO.

Limitado a \$20.000.- por 1 evento anual.

Para todos aquellos eventos contemplados en la Asistencia al Hogar, e indicados en los apartados A, B, C, D, y E que no constituyan una situación EMERGENCIA de acuerdo con los términos definidos en el presente condicionado, se prevé la posibilidad de solicitar una sub asistencia, y por la cual se reconoce 3 eventos por año.

3. ASISTENCIA LEGAL

(A) CONSULTORÍA LEGAL TELEFÓNICA.

Sin limite.



A solicitud del BENEFICIARIO se lo contactará telefónicamente con un abogado para que realice las consultas que considere necesarias.

B. OBLIGACIONES DEL CLIENTE Y/O BENEFICIARIO (S): El BENEFICIARIO se obliga bajo el presente a:

1. Brindar información completa y veraz
2. Estar presente en cualquiera de los casos derivados de un servicio de asistencia.
3. Comunicar a IKE ASISTENCIA ARGENTINA, tan pronto como tenga conocimiento sobre toda clase de correspondencia, documentación, citas, notificaciones, reclamaciones o requerimientos, relacionados con cualquier caso que hubiese sufrido al amparo de alguna de las coberturas del presente.
4. En caso de que el BENEFICIARIO sufra alguna situación de EMERGENCIA amparada por las cláusulas anteriores en cualquier parte de la República Argentina, deberá reportarlo al CAT de IKÉ ASISTENCIA ARGENTINA en la ciudad de Buenos Aires, a los números telefónicos 0800-122-2747 o al 4136-0620 debiendo proporcionar al coordinador del servicio la siguiente información:
 - a) Datos del CLIENTE tales como el nombre que aparece en el DNI.
 - b) Lugar donde se encuentra y el número telefónico donde IKE ASISTENCIA ARGENTINA pueda contactar al BENEFICIARIO, así como todos los datos que el coordinador de la asistencia le solicite para localizarlo.
 - c) Su nombre completo.
 - d) Domicilio del CLIENTE.
 - e) Descripción del problema y tipo de asistencia solicitada.
 - f) Los SERVICIOS de asistencia a que se refieren este ANEXO, configura la única obligación a cargo de IKE ASISTENCIA ARGENTINA y en ningún caso reembolsará al BENEFICIARIO las sumas que éste hubiera erogado fuera de los SERVICIOS aquí mencionados.

C. EXCLUSIONES GENERALES.

IKÉ ASISTENCIA ARGENTINA no estará obligado a la prestación de los SERVICIOS en las siguientes situaciones:

1. Cuando el BENEFICIARIO no se identifique como tal.
2. Cuando el BENEFICIARIO incumpla cualesquiera de las obligaciones indicadas en este condicionado. Todas aquellas contempladas en estos términos y condiciones.
3. También quedan excluidas las situaciones de asistencia que sean consecuencia directa o indirecta de huelgas, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor.
4. Para el servicio de **Asistencia Hogar** quedan excluidos:
 - a) Cualquier daño preexistente a la fecha de inicio de la vigencia del presente anexo y del contrato al cual se agrega.
 - b) Cuando la prestación del servicio se solicite para un domicilio diferente del BENEFICIARIO.
 - c) Cuando la prestación del servicio se solicite para espacios que pertenezcan a elementos de las áreas comunes de conjuntos habitacionales.
 - d) La colocación de recubrimientos finales, en pisos, paredes o techos, tales como: losetas, mosaicos, mármol, tapiz, pintura, materiales de barro o acabados de madera.

- e) No se reparará ningún aparato o equipo eléctrico como televisores, estéreos, computadoras o motores eléctricos que resulte dañado a consecuencia de una falla eléctrica en las instalaciones del hogar, ni se repondrán accesorios como lámparas, luminarias o balastos.
- f) No se reparará en ningún caso aparatos electrodomésticos y en general cualquier aparato y/o equipo que funcione con suministros de energía eléctrica.
- g) Se excluyen las reparaciones de daños por filtración o humedad que sean consecuencia de fugas en tuberías y llaves.
- h) Se excluyen las reparaciones de equipos conectados a las tuberías de agua como calderas, calentadores, aire acondicionado, lavadoras o secadoras.
- i) No están incluidas como reparaciones de EMERGENCIA de cerrajería la apertura de autos, ni la fabricación de duplicados de llaves de cualquier tipo.
- j) Los SERVICIOS solicitados para destapar muebles de baño, muebles de cocina y registros sanitarios.
- k) Cualquier daño ocasionado intencionalmente, así como los provocados por rebelión, guerra, motín, alboroto popular y situaciones que alteren la seguridad pública.
- l) Los daños que sean consecuencia de sismo, inundación, erupción volcánica, incendio y cualquier fenómeno natural.
- m) Cualquier reparación o gasto que el BENEFICIARIO contrate directamente con terceros.
- n) Se excluyen las reparaciones de daños causados en los bienes del BENEFICIARIO y que sean consecuencia de una falla en los SERVICIOS de energía eléctrica, hidráulicos y sanitarios.
- o) Cuando por orden de alguna autoridad competente se impida la ejecución de los trabajos a realizar.
- p) Cuando el personal de cualquier autoridad oficial con orden de embargo, allanamiento, aseguramiento de bienes, aprehensión, cateo, investigación, rescate, se vea obligada a forzar, destruir o romper cualquier elemento de acceso como son: puertas, ventanas, chapas, cerraduras en el DOMICILIO RESIDENCIAL del BENEFICIARIO.

Servicio otorgado por IKÉ ASISTENCIA ARGENTINA.

*Clavos por la
738 F 603 CPACF*

[Handwritten signature]
Patricia Storni Franchini
Abogada
T° 46 F° 918 CPACF
T° XXIII F° 103 CASI