


El Juzg. Nac. de 1ra. Instancia en lo Comercial Nro. 9 a cargo de la Dra. Paula M. Hualde, Sec. N° 18 a mi cargo, sito en M. T. de Alvear 1840, Piso 4º CABA, hace saber por dos días en autos “ASOCIACION POR LA DEFENSA DE USUARIOS Y CONSUMIDORES (ADUC) c/ HSBC BANK ARGENTINA S.A. Y OTROS s/ORDINARIO” (Exp. Nro. 35212/2015) que las partes han arribado a un acuerdo a la luz del cual HSBC BANK ARGENTINA S.A. continuará percibiendo la “comisión por mantenimiento de cuenta”, mas se compromete a comunicar a los usuarios y consumidores alcanzados por esta causa “...qué actividades y servicios se encuentran asociados...” y a otorgar a quienes habiendo sido clientes al día 30.09.13 y que continúen –o no- siéndolo y se les hubiera cobrado esa comisión en tarjetas de crédito, un beneficio consistente en Seguro de Accidentes Personales por un plazo de 2 años por: (i) fallecimiento por accidente por la suma de \$200.000 (ii) invalidez (total o parcial) por accidente por la suma de \$200.000; (iii) asistencia médico por la suma de \$3.000 (sin franquicia); (iv) una suma diaria en caso de hospitalización de \$500 a partir del cuarto día de hospitalización por un máximo de 60 días, v) Otros: Se incluye cobertura de uso de motos. La referida cobertura de Accidentes Personales será brindada por HSBC Seguros de Vida (Argentina) S.A., por un plazo máximo de dos (2) años para aquellos clientes que hubieran abonado la comisión antes referida durante la totalidad del período sujeto a discusión; en tanto, para el resto de los clientes el beneficio que recibirán será proporcional a los meses que hayan abonado la comisión, y abarcará a un titular que deberá ser el usuario o consumidor alcanzado por el beneficio. Asimismo, se otorgará el beneficio de un Servicio de Asistencia Personal que será brindado por IKE Asistencia Argentina S.A., por un plazo máximo de dos (2) años para aquellos clientes que hubieran abonado la comisión impugnada durante la totalidad del período sujeto a discusión y por el plazo proporcional a los meses que hayan abonado la comisión para los restantes. Tal beneficio contempla: servicios de asistencia al hogar (plomaría, vidriería, gasista, electricista y cerrajería), cada uno de ellos por hasta \$3.000 por evento y hasta 2 eventos al año; y prestaciones adicionales por hasta \$1.000 por evento y hasta un evento anual consistente en cuidador ante siniestro y servicio de mudanza; asistencia profesional (asistencia legal telefónica en ámbitos civil, penal y comercial) sin límites; asistencia médica: enfermera a domicilio, terapeuta a domicilio, acompañante nocturno ante internación, ambulancia, hasta \$10.000 anuales; descuento en farmacias, 30% con un tope de \$500 y hasta 3 eventos; referencias médicas sin límites; asistencia odontológica: urgencias y tratamientos odontológicos hasta \$10.000. Todas estas prestaciones se darán conforme los límites y alcances establecidos en las bases y condiciones de cobertura adjuntos a la documentación acompañada al Anexo IV del acuerdo, al que se remite. Los usuarios Mastercard que hayan dejado de ser clientes podrán requerir por correo a la dirección de email mantenimientotarjetacredito@hsbc.com.ar que la entidad bancaria les haga efectivo el otorgamiento de los beneficios, a cuyo efecto deberán indicar sus datos identificatorios (nombre, apellido y DNI). Dentro del plazo de diez días contados desde la recepción del referido correo electrónico, el banco verificará los resúmenes del peticionante a los fines de determinar los meses en los que hubiera abonado la comisión y otorgará las coberturas correspondientes de acuerdo a lo estipulado. Se hace saber que la sentencia homologatoria hará cosa juzgada para los demandados y todos los consumidores o usuarios que se encuentren abarcados en el acuerdo, sin perjuicio del derecho que les pudiere asistir a quienes deseen apartarse de la solución general adoptada, de efectuar reclamos individuales. Podrán ellos excluirse del referido acuerdo transaccional, enviando un correo al email mantenimientotarjetacredito@hsbc.com.ar con indicación de que harán uso del derecho de autoexclusión. Ante cualquier inconveniente se podrán dirigir consultas a ADUC vía email a info@aduc.org.ar.

**FORMULAN ACUERDO. SOLICITAN HOMOLOGACIÓN. SE
FORME INCIDENTE RESERVADO.**



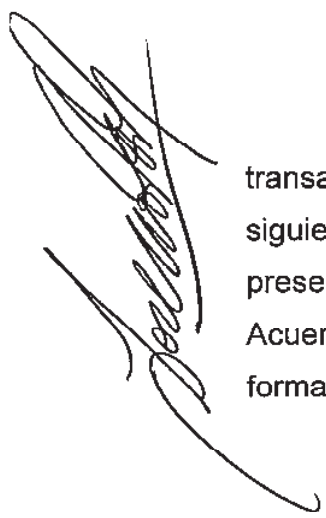
Sra. Juez:



Claudio Alberto Defilippi, abogado, (Tº 38 Fº 600 CPACF) en mi carácter de letrado apoderado de **ADUC Asociación por la Defensa de Usuarios y Consumidores** (en adelante, "ADUC"), con el patrocinio letrado de Lorena Vanesa Totino, abogada, (Tº 69 Fº 387 CPACF), manteniendo el domicilio constituido en la calle Lavalle 1646, piso 7º, departamento "A", Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el electrónico en CUIT 27-25371265-7, y María Verónica Primavesi, abogada (T 98 F 375 CPACF), en mi carácter de letrada apoderada de **HSBC BANK Argentina S.A.** (en adelante, "HSBC" y/o "el Banco", indistintamente), con el patrocinio letrado de Gustavo Javier Torassa (T 25 F 767 CSJN), manteniendo el domicilio en la Avenida Juana Manso 205 piso 2º, Ciudad de Buenos Aires y el electrónico en CUIT 27-13417125-7, en los autos caratulados: **"ASOCIACIÓN POR LA DEFENSA DE USUARIOS Y CONSUMIDORES (ADUC) C/ HSBC BANK ARGENTINA S.A. Y OTROS S/ORDINARIO"** (Expte. Nro.35212/2015), en trámite ante el Juzgado Nacional de Primera Instancia en lo Comercial Nº 9, Secretaría Nº 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 efectos de cosa juzgada formal y material en la instancia pertinente.

En consecuencia, se solicita 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.- TERMINOS Y CONDICIONES DEL ACUERDO

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 HSBC Bank Argentina S.A.

Codemandados: Son Prisma Medios de Pago S.A., First Data Cono Sur S.R.L. y American Express Argentina S.A.

Demandados: Son la Demandada y los Codemandados;

Partes del Acuerdo: Son la Actora y la Demandada;

Partes del Proceso: Son la Actora, la Demandada y los Codemandados;

Producto Objeto de Autos: Se trata de la comisión por mantenimiento de cuenta en tarjetas de crédito emitidas por la Demandada;

2.- Antecedentes:

a.- Con fecha 9 de diciembre de 2015 la Actora dedujo demanda contra los Demandados alegando que los Demandados habrían percibido sin el consentimiento de los consumidores una comisión por mantenimiento de cuenta en tarjetas de crédito. En función de ello, la Actora solicitó: "(i) el cese de la conducta antijurídica; (ii) se restituya de manera integral a cada cliente afectado las sumas percibidas con más los intereses; (iii) se proceda a reintegrar cualquier suma que haya sido percibida por el Banco independientemente de su nombre, en la medida en que se demuestre que se deba al concepto "mantenimiento de cuenta" y (iv) el pago de la multa civil que corresponda confirme el art. 52 bis LDC".

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 Codemandados también opusieron defensas y contestaron demanda.

c.- Con fecha 13 de junio de 2018 el juez de primera instancia dictó sentencia rechazando la excepción de falta de legitimación activa opuesta por la Demandada.

d.- La resolución fue apelada, y el 7 de diciembre de 2018, la Sala E de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Comercial resolvió diferir para el momento del dictado de la sentencia el tratamiento de la excepción de falta de legitimación activa.

e.- El 20 de marzo de 2019 tuvo lugar la celebración de la audiencia 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.

f.- Qué en atención al tiempo transcurrido y a los recursos humanos y materiales que insumiría para las Partes del Acuerdo la tramitación de este proceso, y a la dificultad de identificar a los hipotéticos sujetos afectados beneficiarios de una eventual sentencia de fondo favorable a la actora; la Actora y la Demandada han arribado a una composición de intereses que consideran mutuamente aceptable.

g.- 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, que se describen a continuación.

3.- Manifestaciones y ofrecimiento de la Demandada.

En línea con lo anterior, la Demandada sostiene la validez de la comisión cuestionada, rechaza expresamente haber causado algún perjuicio a sus clientes y declara que ni el ofrecimiento, ni lo aquí acordado, pueden ser interpretados como que implican un reconocimiento al cuestionamiento objeto de autos, 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 efectos *erga omnes* y permita dar por concluido este expediente y la controversia que le dio origen.

a.- En particular, la Demandada destaca que no creó una nueva comisión, sino que re denominó una comisión ya existente motivo del dictado de la Comunicación "A" 5460 del BCRA. En este sentido, indica que el cambio de denominación de la comisión existente a "comisión 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 realizan el banco o terceros para la operatividad diaria de la tarjeta de crédito. Entre las mismas se pueden detallar las tareas vinculadas a la administración y procesamiento de los movimientos generados en las tarjetas, la puesta a disposición de resúmenes, la atención al cliente (consultas y pedidos), los servicios de canales de pago alternativos, entre otros. Esta comisión se cobra de forma mensual.

b.- Por otro lado, la Demandada manifiesta que tiene pactada contractualmente con sus clientes la comisión anual por renovación, la que ha sido oportunamente informada a los mismos y al BCRA. La comisión "renovación anual" tiene asociada tareas y costos que se encuentran relacionados con beneficios otorgados a los clientes. Entre ellos, como ejemplo, se encuentran los relacionados a los servicios de asistencia en viajes, beneficios en aeropuertos y otras promociones. La citada comisión 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 al cumplimiento de políticas de

bonificación vigentes establecidas por la Demandada, como puede ser el nivel de consumo que posea el cliente. La actora, a modo transaccional, y en relación a la comisión de "renovación anual" manifiesta que renuncia por el presente a deducir en el futuro cualquier reclamo contra la Demandada vinculado a la referida comisión.

Ahora bien, sin perjuicio las explicaciones brindadas precedentemente y con el objetivo de dar fin a las presentes actuaciones, la Demandada se compromete a otorgar a todos los usuarios de tarjetas de crédito VISA, MASTERCARD y AMERICAN EXPRESS a los cuales se les hubiera cobrado la "comisión por mantenimiento de cuenta" en tarjetas de crédito que serán identificados según el punto II. 7 de este Acuerdo un Seguro de Accidentes Personales, y un Seguro de Asistencia Personal, ambos con las coberturas detalladas en el punto II.6 del presente, todo ello sujeto a los términos y condiciones que se establecen en este Acuerdo.

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 estatutario, 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 homologados por V.S.

poniendo fin a la disputa en los autos "ASOCIACIÓN POR LA DEFENSA DE USUARIOS CONSUMIDORES C/CENCOSUD S.A. S/SUMARÍSIMO" (Expte. 23185/2017), y en "ASOCIACIÓN POR LA DEFENSA DE USUARIOS Y CONSUMIDORES C/BBVA BANCO FRANCES S.A. S/SUMARÍSIMO (Expte. 34172/2015) cuyo objeto coincidía con el de los presentes autos, lo que resultó en un beneficio para la clase afectada. Es por ello por lo que 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.

5.- Manifestaciones de los Codemandados.

Los Codemandados 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, declaran 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 adjuntan al **ANEXO I** las conformidades otorgadas por los Codemandados.

6.- Obligaciones de la Demandada.

6.1. 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 a 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 (texto ordenado), la

Demandada se obliga a: (i) comunicar a los clientes activos qué actividades y servicios se encuentran asociados a la comisiones referidas en este Acuerdo; y (ii) a ofrecer a favor del universo de consumidores y usuarios alcanzado en el marco de este Acuerdo un beneficio consistente en brindarles un Seguro de Accidentes Personales, más un servicio de Asistencia Personal (contendrá las siguientes prestaciones: Asistencia al hogar, Asistencia médica, Asistencia odontológica y Asesoría Profesional. Este beneficio será otorgado por un plazo máximo de dos (2) años para aquellos clientes que hubieran abonado la comisión impugnada por la Actora durante la totalidad del período sujeto a discusión; en tanto, para el resto de los clientes el beneficio que recibirán será proporcional a los meses que los usuarios alcanzados por el Acuerdo hayan abonado la comisión.

6.2. El seguro y la asistencia serán brindados conforme los términos y condiciones que se acompañan respectivamente y con las siguientes coberturas o prestaciones:

6.2.1. El Seguro de Accidentes Personales, según términos y condiciones de cobertura indicados en el referido **ANEXO III**, contempla:

- i) Muerte Accidental por hasta la suma de \$ 200.000;
- ii) Incapacidad total o parcial permanente por accidente por hasta la suma de \$ 200.000;
- iii) Asistencia médica: por hasta la suma de \$ 3.000 (sin franquicia);
- iv) Renta diaria por internación: \$ 500 a partir del 4° día por un periodo máximo de sesenta (60) días;
- v) Otros: Se incluye cobertura de uso de motos;

La cobertura de Accidentes Personales será brindada por **HSBC Seguros de Vida (Argentina) S.A.**, por hasta el término máximo de dos (2) años, según lo previsto en este Acuerdo, y abarcará a un titular que deberá ser el usuario o consumidor alcanzado por el beneficio.

6.2.2. Por otro lado, el servicio de Asistencia Personal, según términos y condiciones de cobertura que se indican en el ANEXO IV, será

brindada por **IKE Asistencia Argentina S.A.** y contempla:

(i) Asistencia al hogar: servicio de plomería, vidriería, cerrajería, electricista y gasista hasta \$ 3.000 por evento (2 eventos anuales). Prestaciones adicionales: servicio de mantenimiento, cuidador ante siniestro, servicio de mudanza hasta \$ 1.000, 1 evento anual;

ii) Asistencia profesional (asistencia legal telefónica en ámbitos civil, penal y comercial) sin límites;

iii) Asistencia médica: Enfermera a domicilio, terapeuta a domicilio, acompañante nocturno ante internación, ambulancia, hasta \$ 10.000; Descuento en farmacias, 30% con un tope de \$ 500 y hasta 3 eventos; referencias médicas sin límites.

iv) Asistencia odontológica: Urgencias y tratamientos odontológicos hasta \$ 10.000;

El referido servicio de Asistencia Personal será brindado por hasta el término máximo de 2 años según los términos de este Acuerdo, 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 de los seguros y servicios ofrecidos 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 de difícil accesibilidad para el común de los individuos, resultando este servicio un gran beneficio para los usuarios y consumidores.

7.- Grupos de usuarios y consumidores.

7.1. Usuarios alcanzados por Acuerdo.

a.- Cientes VISA: son quienes poseen desde antes de la entrada en vigencia de la Comunicación "A" 5460 una cuenta de tarjeta de crédito VISA o cuenta a la vista actualmente activa.

b.- Cientes MASTERCARD: son quienes poseen desde antes de la

entrada en vigencia de la Comunicación "A" 5460 una cuenta de tarjeta de crédito MASTERCARD o cuenta a la vista actualmente activa.

c.- Cientes AMERICAN EXPRESS: son quienes poseen desde antes de la entrada en vigencia de la Comunicación "A" 5460 una cuenta de tarjeta de crédito AMERICAN EXPRESS 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 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 y continuaron poseyendo con posterioridad, pero ya no la poseen en la actualidad.

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

7.2. Modalidad de restitución para los Ex Clientes Mastercard:

En relación con este grupo de usuarios, el Banco manifiesta y declara que no cuenta con información respecto a este universo de usuarios. Sin perjuicio de ello, es menester aclarar que el Banco cuenta con información suficiente a efectos de determinar, en caso en que un ex cliente así lo peticione, los períodos en los cuales se le habría cobrado la comisión a cada ex cliente.

En consecuencia, los usuarios Mastercard que hayan dejado de ser clientes podrán requerir al Banco por correo electrónico a la dirección de e-mail que se proporciona al efecto (mantenimientotarjetacrédito@hsbc.com.ar) que el Banco les haga efectivo el otorgamiento de los beneficios pactados en la cláusula 6 del presente Acuerdo, a cuyo efecto deberán indicar sus datos identificatorios (nombre,

apellido y su DNI).

Dentro del plazo de diez (10) días hábiles contados desde el día en que se reciba el respectivo correo electrónico, el Banco verificará los resúmenes del usuario peticionante a los fines de determinar los meses en los que hubiera abonado la comisión, y en consecuencia otorgará las coberturas correspondientes de acuerdo a lo establecido en la cláusula 6 del presente.

7.3. Usuarios no alcanzados por el Acuerdo.

a.- Los usuarios que hayan obtenido su tarjeta VISA, MASTERCARD o AMERICAN EXPRESS, o consentido de alguna manera la comisión cuestionada en autos con posterioridad a la entrada en vigencia de la Comunicación "A" 5460;.

b.- Los clientes y ex clientes personas físicas consumidores finales titulares de paquetes;

c.- Los clientes que no hicieron uso de sus tarjetas de crédito; y

d.- Aquellos clientes que, alcanzados por bonificaciones especiales poseen bonificada la comisión cuestionada por la Actora.

7.4. Publicidad para los Usuarios alcanzados por el Acuerdo.

Para todos los usuarios alcanzados por el Acuerdo, la Demandada informará, dentro del plazo y modalidad de publicidad prevista en la Cláusula 10 de este Acuerdo, la existencia del beneficio otorgado conforme la propuesta indicada en el punto II.3.

Los usuarios y consumidores que recibirán el beneficio aquí acordado serán identificados de la siguiente manera: para el caso de los Usuarios alcanzados por Acuerdo (cláusula 7.1. a, b, c, d, f) el Banco presentará un informe en estos actuados mediante archivos digitales con formato EXCEL dentro de los treinta (30) días corridos contados desde la fecha en que quede firme la resolución homologatoria del Acuerdo.

8.- Entrada en vigencia.

a.- El presente Acuerdo transaccional es realizado en los términos del artículo 54 de la Ley 24.240, 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 a las pretensiones contenidas en la demanda contra los Demandados, según lo descripto en este Acuerdo.

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, ni será reconocido, 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 acuerden aceptar tales modificaciones o condiciones, en cuyo caso así lo manifestarán a efectos de procederse a su homologación en los términos descriptos.

9.- Suspensión de plazos. Incidente de homologación.

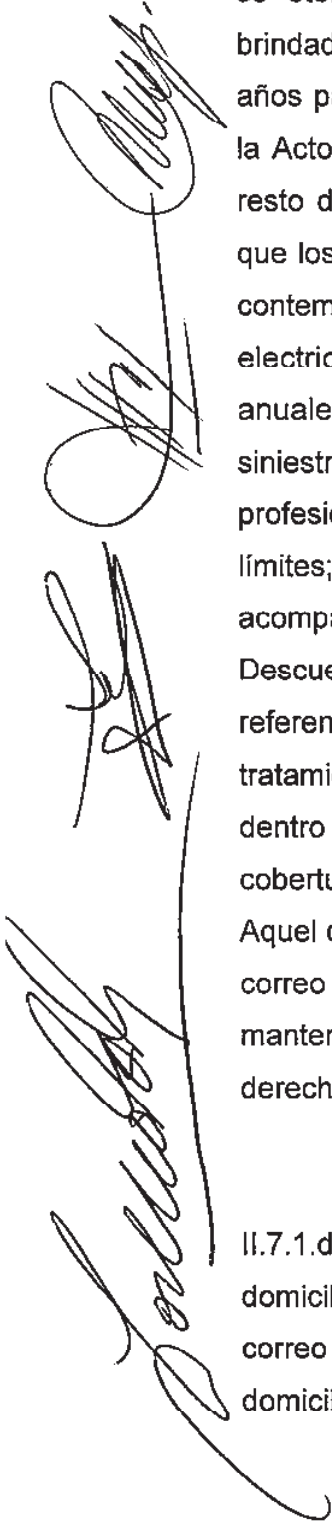
Las Partes del Acuerdo solicitan por este acto al Tribunal la suspensión de todo plazo del expediente, hasta tanto se resuelva el pedido de homologación del Acuerdo.

Asimismo, se solicita que con el presente escrito se forme incidente de homologación reservado, hasta que se resuelva el mismo.

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 treinta (30) días corridos desde que se haya presentado el informe previsto en el punto II.7.4 se llevarán a cabo las siguientes medidas de publicidad y notificaciones:

10.1. Clientes: A los clientes incluidos en el punto II.7.1 a), II.7.1. b) y II.7.1. c) del presente, HSBC les comunicará mediante leyenda en el estado de cuenta o 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 caratulados: "ASOCIACION POR LA DEFENSA DE USUARIOS Y CONSUMIDORES (ADUC) C/ HSBC BANK ARGENTINA S.A. Y OTROS S/ ORDINARIO", en trámite ante el Juzgado Nacional de Primera Instancia en lo Comercial N° 9, Secretaría N° 18, se ha acordado que HSBC 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 \$ 200.000, ii) Incapacidad total o parcial permanente por accidente: \$ 200.000, iii) Asistencia médica: \$ 3.000 (sin franquicia), iv) Renta diaria por internación: \$ 500 a partir del 4° día por un periodo máximo de 60 días. v) Otros: Se incluye cobertura de uso de motos. La referida cobertura de Accidentes Personales será brindada por HSBC Seguros de Vida (Argentina) S.A., por un plazo máximo de dos (2) años para aquellos clientes que hubieran abonado la comisión impugnada por la Actora durante la totalidad del período sujeto a discusión; en tanto, para el resto de los clientes el beneficio que recibirán será proporcional a los meses que los usuarios alcanzados por el Acuerdo hayan abonado la comisión, 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 del Acuerdo. Asimismo, se otorgará el beneficio de un Servicio de Asistencia Personal que será brindado por IKE Asistencia Argentina S.A., por un plazo máximo de dos (2) años para aquellos clientes que hubieran abonado la comisión impugnada por la Actora durante la totalidad del período sujeto a discusión; en tanto, para el resto de los clientes el beneficio que recibirán será proporcional a los meses que los usuarios alcanzados por el Acuerdo hayan abonado la comisión, y que contempla: (i) Asistencia al hogar: servicio de plomería, vidriería, cerrajería, electricista y gasista hasta \$ 3.000 por evento (2 eventos anuales). Prestaciones adicionales: servicio de mantenimiento, cuidador ante siniestro, servicio de mudanza hasta \$ 1.000, 1 evento anual; ii) Asistencia profesional (asistencia legal telefónica en ámbitos civil, penal y comercial) sin límites; iii) Asistencia médica: Enfermera a domicilio, terapeuta a domicilio, acompañante nocturno ante internación, ambulancia, hasta \$ 10.000; Descuento en farmacias, 30% con un tope de \$ 500 y hasta 3 eventos; referencias médicas sin límites; iv) Asistencia odontológica: Urgencias y tratamientos odontológicos hasta \$ 10.000. Los servicios serán prestados dentro de los límites y alcances establecidos en las bases y condiciones de cobertura adjuntos a la documentación acompañada al Anexo IV del Acuerdo. Aquel que así lo desee podrá excluirse del Acuerdo Transaccional, enviando un correo electrónico a los siguientes e-mails: mantenimientotarjetacredito@hsbc.com.ar manifestando que va a hacer uso del derecho de autoexclusión".

10.2. Ex Clientes: A aquellas personas incluidas en el punto II.7.1.d), y II.7.1. f) del presente, HSBC les enviará una nota vía e-mail al último domicilio electrónico que obre en sus registros. En caso de no contar con dicho correo electrónico, la nota será enviada por correo postal simple al último domicilio que posea de su ex cliente. Dicha nota contendrá el texto del edicto.

10.3. Edicto: Adicionalmente, y con el objeto de dar la debida publicidad del Acuerdo Transaccional a aquellas personas que ya no tengan relación con HSBC y al público en general, se publicará el siguiente edicto por dos (2) días en el Boletín Oficial, en la página web de ADUC, en la página web del HSBC y en los diarios Clarín, La Nación e Infobae Digital:

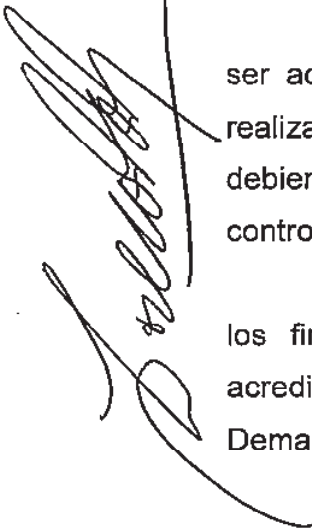
"HSBC BANK ARGENTINA S.A. informa que en virtud del Acuerdo Transaccional suscripto en los autos "ASOCIACION POR LA DEFENSA DE USUARIOS Y CONSUMIDORES (ADUC) C/ HSBC BANK ARGENTINA S.A. Y OTROS S/ORDINARIO", en trámite ante el Juzgado Nacional de Primera Instancia en lo Comercial Nº 9, Secretaría Nº 18, se ha acordado que HSBC otorgará a todos aquellos que, habiendo sido clientes al 30 de septiembre de 2013, y que continúen o no siendo clientes, se les hubiera cobrado una "comisión por mantenimiento de cuenta" en tarjetas de crédito, el beneficio de Seguro de Accidentes Personales que contempla: i) Muerte Accidental \$ 200.000, ii) Incapacidad total o parcial permanente por accidente: \$ 200.000, iii) Asistencia médica: \$ 3.000 (sin franquicia), iv) Renta diaria por internación: \$ 500 a partir del 4º día por un periodo máximo de 60 días. v) Otros: Se incluye cobertura de uso de motos. La referida cobertura de Accidentes Personales será brindada por HSBC Seguros de Vida (Argentina) S.A., por un plazo máximo de dos (2) años para aquellos clientes que hubieran abonado la comisión impugnada por la Actora durante la totalidad del período sujeto a discusión; en tanto, para el resto de los clientes el beneficio que recibirán será proporcional a los meses que los usuarios alcanzados por el Acuerdo hayan abonado la comisión, 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 del Acuerdo. Asimismo se otorgará el beneficio de un Servicio de Asistencia Personal que será brindado por IKE Asistencia Argentina S.A., por un plazo máximo de dos (2) años para aquellos clientes que hubieran abonado la comisión impugnada por la Actora durante la totalidad del período sujeto a discusión; en tanto, para el resto de los clientes el beneficio que recibirán será proporcional a los meses que los usuarios



alcanzados por el Acuerdo hayan abonado la comisión, y contempla: (i) Asistencia al hogar: servicio de plomería, vidriería, cerrajería, electricista y gasista hasta \$ 3.000 por evento (2 eventos anuales). Prestaciones adicionales: servicio de mantenimiento, cuidador ante siniestro, servicio de mudanza hasta \$ 1.000, 1 evento anual; ii) Asistencia profesional (asistencia legal telefónica en ámbitos civil, penal y comercial) sin límites; iii) Asistencia médica: Enfermera a domicilio, terapeuta a domicilio, acompañante nocturno ante internación, ambulancia, hasta \$ 10.000; Descuento en farmacias, 30% con un tope de \$ 500 y hasta 3 eventos; referencias médicas sin límites; iv) Asistencia odontológica: Urgencias y tratamientos odontológicos hasta \$ 10.000. Todas estas prestaciones se darán conforme los límites y alcances establecidos en las bases y condiciones de cobertura adjuntos a la documentación acompañada al Anexo IV del Acuerdo. Aquel que así lo desee podrá excluirse del Acuerdo Transaccional, enviando un correo electrónico al siguiente e-mail: mantenimientotarjetacredito@hsbc.com.ar: manifestando que va a hacer uso del derecho de autoexclusión. Ante cualquier inconveniente podrán dirigir su consulta a ADUC al siguiente e-mail info@aduc.org.ar.

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.

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 Contador BAIARDI, José Alberto, a los fines de realizar las certificaciones contables necesarias para la acreditación del cumplimiento del acuerdo. Los costos son a cargo de la Demandada.

La Asociación designa al Contador BARCHINE, Leandro Alberto CUIT 20-22301735-6, Leg. Profesional Nro. 32.475/2 C.P.C.E.P.B.A., quien trabajará en conjunto con el área contable del Banco a fin de fiscalizar el cumplimiento del presente acuerdo. Los costos son a cargo de la Actora.

12.- Interpretación e invocación del Acuerdo. Prohibiciones acordadas.

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.

13.- Desistimiento.

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

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 HSBC de tarjeta de crédito VISA y/ o MASTERCARD y/o AMERICAN EXPRESS y el consiguiente cobro de las dos comisiones derivadas de dicho producto financiero y/o la validez de las mismas en función de lo previsto por la Comunicación "A" 5460 y "A" 5388 (texto ordenado), cualquiera sea la modalidad de contratación.

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 supuestamente afectado por los hechos de autos, así como definitivamente concluida cualquier controversia colectiva vinculada con el grupo supuestamente afectado con relación al Producto Objeto de Autos, tanto respecto de la Demandada, de los Codemandados, 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; 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 las coberturas otorgadas y que se pactan en el presente Acuerdo, 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.

15.- Confidencialidad.

Las Partes convienen mantener la confidencialidad del presente Acuerdo hasta su homologación, razón por la cual se solicita que se forme un incidente de homologación reservado y a disposición única de las Partes, los usuarios afectados que acrediten tal carácter y del Fiscal hasta tanto ello suceda.

16.- Costas.

Los honorarios de los abogados intervinientes se acuerdan por su orden a excepción de los correspondientes a los letrados de la Actora, que estarán a cargo de la Demandada. Los honorarios del mediador y peritos de oficio estarán a cargo de la Demandada. Las demás costas del presente expediente serán soportadas por su orden.

III.- PETITORIO

En virtud de lo hasta aquí expuesto, a V.S. se solicita:

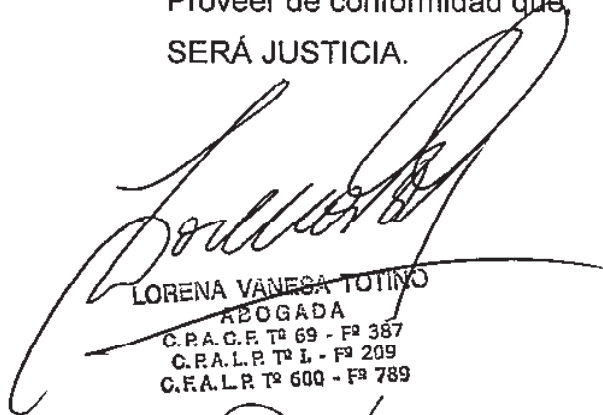
- a.- Tenga por presentado el Acuerdo;
- b.- Ordene la suspensión de todo plazo del expediente;

c.- Se disponga la formación de incidente de homologación de carácter reservado;

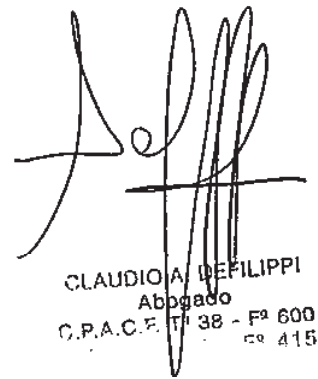
d.- Se homologue de manera integral y sin modificaciones el presente Acuerdo; y

e.- Una vez acreditado el cumplimiento del Acuerdo, se disponga el archivo de las actuaciones.

Proveer de conformidad que,
SERÁ JUSTICIA.



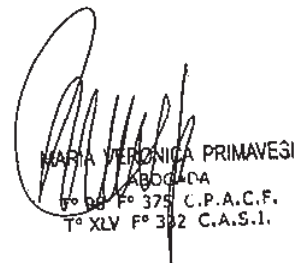
LORENA VANESA TOTINO
ABOGADA
C.P.A.C.F. Tº 69 - Fº 387
C.F.A.L.R. Tº I - Fº 209
C.F.A.L.R. Tº 600 - Fº 789



CLAUDIA A. DEFILIPPI
Abogado
C.P.A.C.F. Tº 38 - Fº 600
Fº 415



GUSTAVO JAVIER TORASSA
ABOGADO
Tº 25 Fº 767 C.S.J.N.



MARIA VERÓNICA PRIMAVEGI
ABOGADA
Tº 88 Fº 375 C.P.A.C.F.
Tº XLV Fº 382 C.A.S.I.

SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES



CONDICIONES GENERALES

Artículo 1 - PREMINENCIA NORMATIVA

Esta póliza consta de Condiciones Generales, Condiciones Generales Específicas, Condiciones Específicas y Condiciones Particulares. En caso de discordancia entre las mismas, regirá el siguiente orden de prelación:

Condiciones Particulares

Condiciones Específicas

Condiciones Generales Específicas

Condiciones Generales

Artículo 2 - VIGENCIA

Esta póliza adquiere fuerza legal desde la fecha de inicio de vigencia indicada en las Condiciones Particulares de póliza. Salvo que en las Condiciones Generales se indique un plazo menor, la póliza tendrá vigencia por un año, renovándose anualmente en forma automática por un nuevo período anual, salvo que cualquiera de las partes notifique a la otra parte su intención de no renovarla con una antelación no inferior a 15 días previo a la renovación.

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 alguna de las contingencias previstas en esa cobertura a causa de un accidente cubierto ocurrido durante la vigencia de la cobertura otorgada por esa Condición Específica, siempre que las consecuencias del accidente se manifiesten dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes a la fecha de ocurrencia del mismo, sujeto a los términos y condiciones establecidos en esta póliza.

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.

Mediante Condición General Específica se define el Alcance de la Cobertura, estableciéndose los accidentes que se encuentran amparados bajo esta póliza.

Artículo 4 - DEFINICION DE ACCIDENTE

A los efectos de este seguro, se entiende por accidente a todo acontecimiento producido por una causa fortuita, exterior, súbita y violenta, independiente de la voluntad del Asegurado, que ocasione lesiones corporales al Asegurado que puedan ser determinadas por los médicos de una manera cierta.

Se consideran también como accidentes: la asfixia o intoxicación por vapores o gases, la asfixia por inmersión y 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 que resulten de un hecho contemplado en el artículo 4 de esta Condiciones Generales;

SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES



el carbuncho, 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, várices y hernias) causadas por esfuerzo repentino y evidentes al diagnóstico.

Se excluyen todas las lesiones que sean consecuencias de enfermedades o desórdenes físicos.

Artículo 5 - RIESGOS NO CUBIERTOS PARA TODAS LAS COBERTURAS

Se excluyen expresamente de este seguro:

- a) Los tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.
- b) Los accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de perturbación mental, sonambulismo, embriaguez, a causa del abuso de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias medicamentosas, no prescritos o no utilizados de acuerdo a las instrucciones médicas.
- c) Los accidentes que el Asegurado, el Tomador 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 hechos de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, guerrilla, terrorismo, revoluciones, tumultos populares, lock-out, o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado.
- e) Los accidentes que guarden relación directa con radiación o reacción nuclear o contaminación radiactiva y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario o catastrófico.
- f) Los accidentes derivados del uso de motocicletas, motonetas, cuatriciclos u otros vehículos con motor de menos de cuatro ruedas.
- g) Los accidentes derivados de la práctica profesional o como aficionado de los siguientes deportes: deportes aéreos (paracaidismo u otros), salto con elástico (bungee, puenting), caza mayor, montañismo, escalada (con excepción de la escalada sobre bloque y/o muro artificial), excursiones en alta montaña a más de 3 000 metros de altura, espeleología, equitación (con excepción de la excursión ecuestre y ejercicios de preparación) y atalajes, boxeo, boxeo americano (o full contact), o inglés, o tailandés, catch, lucha en cualquiera de sus modalidades, artes marciales, deportes de nieve, con excepción de esquí, monoesquí y surf sobre pistas como aficionado, deportes mecánicos (automovilismo, motociclismo), deportes náuticos sin vigilancia (con excepción del yatching a menos de 20 millas náuticas de las costas, submarinismo a menos de 20 metros de profundidad y de la natación), motonáutica, jet-esquí o scooter de mar, y otros deportes notoriamente peligrosos.

- h) La participación en competiciones, ejercicios de acrobacia, pruebas de carácter excepcional o torneos organizados por federaciones deportivas.
- i) La utilización, como pasajero o tripulante, de medios de navegación aérea o acuática no autorizados para el transporte público de pasajeros, así como de helicópteros.
- j) Manipulación de explosivos
- k) Las hernias, las rupturas musculares no tendinosas, los lumbagos agudos (dolor de cintura)
- l) Afecciones no orgánicas, es decir, que no se traducen por signos objetivos revelados por examen clínico o por exámenes complementarios que acaben por clasificarlos en la categoría de enfermedades.
- m) La participación en duelo, crimen, delito intencional o riña, excepto en caso de legítima defensa.
- n) Participación en acciones militares y/o policiales.



Artículo 6 - 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 la póliza.

Artículo 7 - PAGO DE LA PRIMA

El importe de las primas del seguro y la periodicidad del pago de las mismas se estipulan en las Condiciones Particulares de póliza.

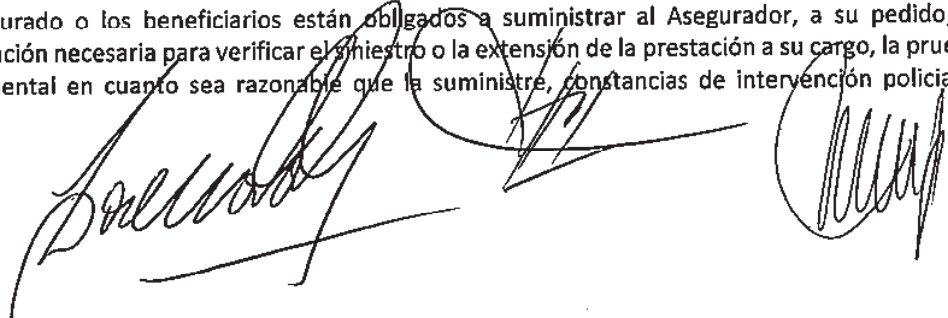
El pago de la prima queda sujeto a las condiciones y efectos establecidos en la "Cláusula de Cobranza del Premio" que forma parte del presente contrato.

Artículo 8 - 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 al examen de los médicos del Asegurador cada vez que éste lo solicite.

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



SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES



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 9 - 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 8 de estas Condiciones Generales, el que sea posterior.

Artículo 10 - 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 11 - 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 conocimiento y aceptación expresa de los aseguradores, esta Aseguradora indemnizará a prorrata de su respectiva suma asegurada solamente hasta la suma a que se refiere el párrafo anterior, sin derecho del Asegurado a restitución de primas.

Artículo 12 - 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 13 - 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 de su profesión o actividad.
- b) 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.

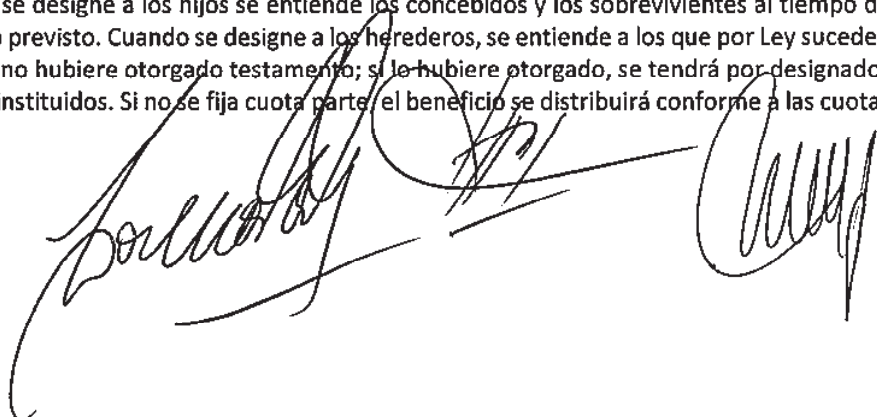
Artículo 14 - REDUCCION DE LAS CONSECUENCIAS

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 15 - 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.



SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES



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 16 - 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 17 - 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 18 - 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.

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

Artículo 19: CESIONES

Los derechos emergentes de esta póliza y los certificados respectivos son intransferibles. Toda cesión o transferencia se considerará nula y sin efecto alguno.

Artículo 20: DUPLICADO DE POLIZA Y DE CERTIFICADOS - COPIAS

En caso de robo, pérdida o destrucción de la póliza o de cualquier certificado individual, el Tomador o el Asegurado, respectivamente, podrán obtener su sustitución por un duplicado.

SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES



Las modificaciones o suplementos que se incluyan en el duplicado, a pedido del Tomador o del Asegurado, según el caso, serán los únicos válidos.

El Tomador o los Asegurados tienen derecho a que se les entregue copia de sus declaraciones efectuadas con motivo de este contrato y copia no negociable de la póliza o del correspondiente certificado individual sin costo alguno.

Artículo 21: IMPUESTOS, TASAS Y CONTRIBUCIONES

Los impuestos, tasas y contribuciones de cualquier índole y jurisdicción que se crearen en lo sucesivo o los aumentos eventuales de los existentes, estarán a cargo del Tomador, de los Asegurados, de sus beneficiarios o de sus herederos, según el caso, salvo cuando la Ley los declare expresamente a cargo exclusivo de la Compañía.

Artículo 22 - DOMICILIO

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

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 - JURISDICCIÓN

De conformidad con lo establecido en el artículo 16 de la Ley de Seguros, las partes convienen en dirimir toda controversia judicial relativa a la presente póliza y a los respectivos certificados individuales, en los tribunales ordinarios competentes del fuero comercial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires o ante los tribunales ordinarios competentes del domicilio del Asegurado si éste así lo requiriera.

Artículo 25: FACULTADES DEL PRODUCTOR O AGENTE

El productor o agente de seguros, cualquiera sea su vinculación con la aseguradora, autorizado para esta para la mediación, solo está facultado con respecto a las operaciones en las cuales interviene para:

- Recibir propuesta de celebración y modificación de contratos de seguros
- Entregar los instrumentos emitidos por la aseguradora referentes a contratos y sus prorrogas.

ANEXO I

SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES - RIESGOS NO CUBIERTOS

Artículo 5 - RIESGOS NO CUBIERTOS PARA TODAS LAS COBERTURAS


Se excluyen expresamente de este seguro:

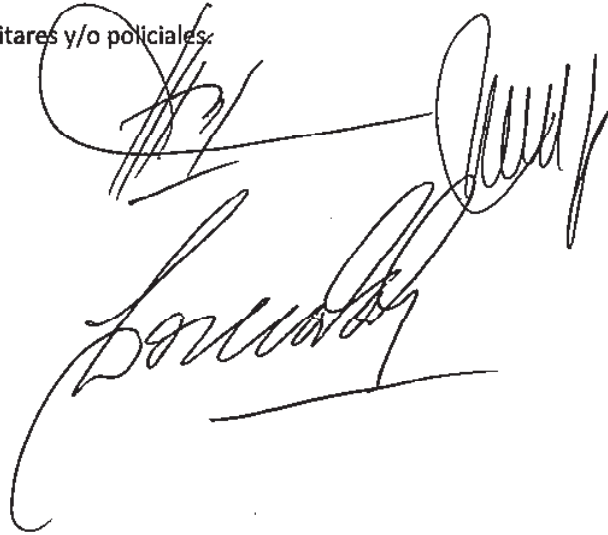
- a) Los tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.
- b) Los accidentes causados por vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de perturbación mental, sonambulismo, embriaguez, a causa del abuso de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias medicamentosas, no prescritos o no utilizados de acuerdo a las instrucciones médicas.
- c) Los accidentes que el Asegurado, el Tomador 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 hechos de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, guerrilla, terrorismo, revoluciones, tumultos populares, lock-out, o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado.
- e) Los accidentes que guarden relación directa con radiación o reacción nuclear o contaminación radiactiva y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario o catastrófico.
- f) Los accidentes derivados del uso de motocicletas, motonetas, cuatriciclos u otros vehículos con motor de menos de cuatro ruedas.
- g) Los accidentes derivados de la práctica profesional o como aficionado de los siguientes deportes: deportes aéreos (paracaidismo u otros), salto con elástico (bungee, puenting), caza mayor, montañismo, escalada (con excepción de la escalada sobre bloque y/o muro artificial), excursiones en alta montaña a más de 3 000 metros de altura, espeleología, equitación (con excepción de la excursión ecuestre y ejercicios de preparación) y atalajes, boxeo, boxeo americano (o full contact), o inglés, o tailandés, catch, lucha en cualquiera de sus modalidades, artes marciales, deportes de nieve, con excepción de esquí, monoesquí y surf sobre pistas como aficionado, deportes mecánicos (automovilismo, motociclismo), deportes náuticos sin vigilancia (con excepción del yatching a menos de 20 millas náuticas de las costas, submarinismo a menos de 20 metros de profundidad y de la natación), motonáutica, jet-esquí o scooter de mar, y otros deportes notoriamente peligrosos.
- h) La participación en competiciones, ejercicios de acrobacia, pruebas de carácter excepcional o torneos organizados por federaciones deportivas.

SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES



- i) La utilización, como pasajero o tripulante, de medios de navegación aérea o acuática no autorizados para el transporte público de pasajeros, así como de helicópteros.
- j) Manipulación de explosivos
- k) Las hernias, las rupturas musculares no tendinosas, los lumbagos agudos (dolor de cintura)
- l) Afecciones no orgánicas, es decir, que no se traducen por signos objetivos revelados por examen clínico o por exámenes complementarios que acaben por clasificarlos en la categoría de enfermedades.
- m) La participación en duelo, crimen, delito intencional o riña, excepto en caso de legítima defensa.
- n) Participación en acciones militares y/o policiales.


GERARDO A. DEFILIPPI
Abogado
Calle 38 - Fº 600
Tel. 415



SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES



CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS - SEGURO COLECTIVO

Artículo 1 - DEFINICIONES

A los efectos de este seguro, se entiende por:

- **Asegurador:** HSBC Seguros de Vida (Argentina) S.A. que asume la cobertura de los riesgos objeto de este contrato, con arreglo a las condiciones de la presente póliza.
- **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 con el Tomador, previo a la contratación del seguro, pero diferente a éste.
- **Asegurado:** El Asegurado titular es 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.

Artículo 2 - VARIACION DEL GRUPO ASEGURADO

El Tomador está obligado a notificar en forma mensual al Asegurador 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:** Las coberturas de este seguro para cada Asegurado quedarán rescindidas o caducarán en los siguientes casos:
 - a) Por renuncia del Asegurado a continuar con su seguro.
 - b) Por dejar de pertenecer el Asegurado titular al grupo regido por el Tomador.
 - c) Por fallecimiento del Asegurado titular.
 - d) Por haber alcanzado el Asegurado titular la edad máxima de cobertura prevista para cada cobertura en las Condiciones Particulares de esta póliza.
 - e) Por haberse pagado beneficios sustitutivos de la cobertura de fallecimiento por un importe igual al beneficio de fallecimiento.

Los ajustes de primas que correspondan con motivo de variaciones en el grupo asegurado, se calcularán a prorrata.

SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES



CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS
ALCANCE DE COBERTURA: 24 HORAS

Artículo 1 - ALCANCE DE LA COBERTURA

El presente seguro se hace extensivo a todos los accidentes que sufra el Asegurado, ocurridos durante las veinticuatro (24) horas del día, sujeto a las limitaciones o exclusiones estipuladas en esta póliza.

A collection of handwritten signatures in black ink, including a large stylized 'A' on the left, a signature that appears to be 'Luis...', and another signature on the right.

SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES



CONDICIONES GENERALES ESPECÍFICAS – RIESGO ADICIONAL: USO DE MOTOCICLETAS

En virtud de que este seguro cubre el riesgo adicional de conducción y uso de motocicletas y motonetas, queda sin efecto parcialmente la exclusión que al respecto se indica en el inciso f) del Artículo 4 - Riesgos no Cubiertos de las Condiciones Generales de póliza.

A los fines de la presente se entiende por Motocicleta o Motoneta al vehículo de dos ruedas impulsado por un motor que acciona la rueda trasera. El chasis y las ruedas constituyen la estructura fundamental del vehículo. La rueda directriz es la delantera. Puede transportar hasta dos personas, y tres si está dotada de sidecar.

SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES

CONDICIONES ESPECÍFICAS – COBERTURA ADICIONAL: GASTOS MÉDICOS

Artículo 1 - COBERTURA

El Asegurador reembolsará los gastos de asistencia médico-farmacéutica prescrita por facultativo en que haya incurrido el Asegurado, como consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza hasta la suma asegurada prevista para esta cobertura en las Condiciones Particulares de póliza. Para esta cobertura será aplicación la franquicia por siniestro que se indica en las Condiciones Particulares de póliza.

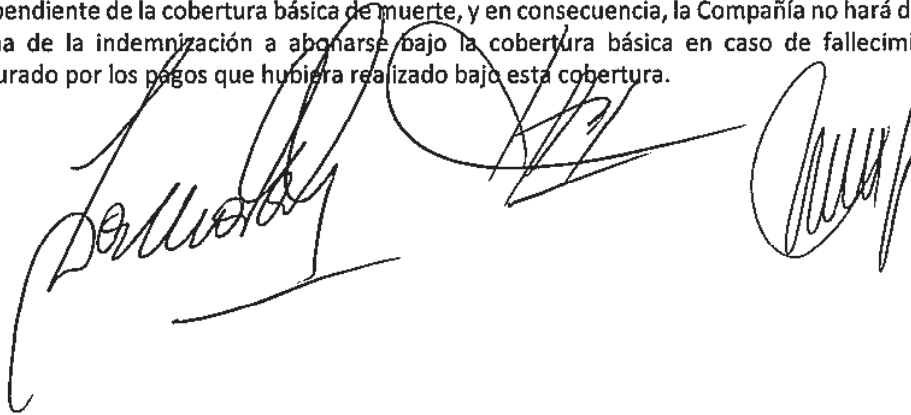
El Asegurador no tomará a su cargo los gastos por viajes y estadías para tratamientos termales o convalecencias ni por el suministro de lentes, aparatos ortopédicos y prótesis dentales.

Artículo 2 - PAGO DEL BENEFICIO

Para obtener el beneficio previsto en esta cobertura, además de lo estipulado en el Artículo 8 de las Condiciones Generales de póliza, el Asegurado deberá presentar la historia clínica, constancia de los tratamientos prescritos por el médico tratante y comprobantes originales de los gastos incurridos.

Artículo 3 - CARÁCTER DEL BENEFICIO

Cualquier indemnización que reciba el Asegurado en virtud de esta cobertura es adicional e independiente de la cobertura básica de muerte, y en consecuencia, la Compañía no hará deducción alguna de la indemnización a abonarse bajo la cobertura básica en caso de fallecimiento del Asegurado por los pagos que hubiera realizado bajo esta cobertura.



CONDICIONES ESPECÍFICAS

COBERTURA ADICIONAL: INCAPACIDAD PERMANENTE POR ACCIDENTE

Artículo 1 - COBERTURA

Si un accidente cubierto por esta póliza causara una incapacidad permanente del Asegurado definida en esta Condición Específica, determinada con prescindencia de su profesión u ocupación, se abonará una suma igual al porcentaje que corresponda de acuerdo a la naturaleza y gravedad de la lesión sufrida –según se indica a continuación– sobre la suma asegurada estipulada para esta cobertura en las Condiciones Particulares de póliza.

TOTAL

Estado absoluto e incurable de alienación mental, que no permita al Asegurado ningún trabajo u ocupación, por el resto de su vida	100%
Pérdida de ambos brazos, o de ambas piernas, o de ambos pies, o de un brazo y un pie, o de una pierna y una mano, o pérdida de la vista de ambos ojos	100%
Fractura incurable de la columna vertebral que determine 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 e incurable de un oído	15%	
Ablación de la mandíbula inferior	50%	
b) Miembros superiores		
	Der.	Izq.
Pérdida total de un brazo	65%	52%
Pérdida total de una mano	60%	48%
Fractura no consolidada de un brazo (pseudoartrosis 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	15%	12%
Pérdida total del pulgar	18%	14%
Pérdida total del índice	14%	11%
Pérdida total del dedo medio	9%	7%
Pérdida total del anular o meñique	8%	6%
c) Miembros inferiores		
Pérdida total de una pierna	55%	
Pérdida total de un pie	40%	
Fractura no consolidada de un muslo (pseudoartrosis total)	35%	
Fractura no consolidada de una pierna (pseudoartrosis total)	30%	
Fractura no consolidada de una rótula	30%	

SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES



Fractura no consolidada de un pie (pseudoartrosis total)	20%
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	8%
Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos cinco centímetros	15%
Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos tres centímetros	8%
Pérdida total del dedo gordo de un pie	8%
Pérdida total de otro dedo del pie	4%

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

Con respecto a brazos, manos, piernas, pies y dedos, se entiende por pérdida la amputación o la inhabilitación funcional completa y definitiva de los mismos; en cuanto a los ojos, consiste en la pérdida de la vista de manera total e irrecuperable por tratamiento médico y/o quirúrgico.

La pérdida parcial de los miembros u órganos, será indemnizable en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional, pero si la incapacidad deriva de pseudoartrosis, la indemnización no podrá exceder el 70% de la que corresponde 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 corresponde 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.

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 esta cobertura. Cuando la incapacidad así establecida llegue al 80% se considerará incapacidad total y se abonará por consiguiente íntegramente la suma asegurada.

Las incapacidades 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 incapacidad a indemnizar por el último accidente.

A los efectos de la determinación de una invalidez cubierta por la presente póliza no se considerarán aquellas deficiencias físicas, mentales o sensoriales preexistentes a la entrada en vigencia de esta cobertura.

La indemnización por lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede 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.

La pérdida de miembros u órganos incapacitados antes de cada accidente, solamente será indemnizada en la medida en que constituya una agravación de la invalidez anterior.

Artículo 2 - PAGO DEL BENEFICIO

Para obtener el beneficio previsto en esta cobertura, además de lo estipulado en el Artículo 8 de las Condiciones Generales de póliza, se deberá presentar;

- a) Las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas que acrediten el grado de incapacidad, como así también las constancias y pruebas que le diera origen.
- b) Facilitar cualquier comprobación y aclaración que la Compañía requiera, incluso hasta 3 (tres) exámenes médicos por mes hasta un total de 6 (seis) estudios por cada denuncia de siniestro por facultativos designados por la Compañía y con gastos a cargo de ésta.
- c) La documentación pertinente que incluya el alta y los certificados que acrediten el grado de invalidez definitiva.

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

Artículo 3 - CARÁCTER DEL BENEFICIO

Cualquier indemnización que reciba el Asegurado en virtud de esta cobertura adicional es sustitutiva de la cobertura básica de muerte, y en consecuencia, los importes abonados en conjunto en concepto de Incapacidad Permanente por uno o más accidentes ocurridos durante el mismo período anual de vigencia de la póliza, serán deducidos de la indemnización que corresponda de producirse el fallecimiento del Asegurado.

**CONDICIONES ESPECÍFICAS
COBERTURA BÁSICA: MUERTE ACCIDENTAL**

Artículo 1 - COBERTURA

En caso de fallecimiento del Asegurado a causa de un accidente cubierto por esta póliza, el Asegurador abonará la suma asegurada prevista para esta cobertura que se estipula en las Condiciones Particulares de póliza.

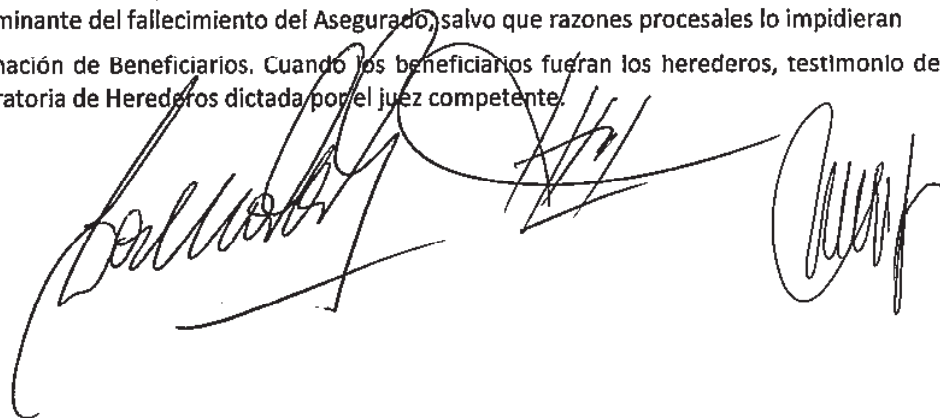
El Asegurador deducirá de esta prestación los importes que pudiere haber previamente abonado en conjunto en concepto de Incapacidad Permanente, por éste u otros accidentes ocurridos durante el mismo período anual de vigencia de la póliza.

El Asegurado podrá elegir la forma de percepción del beneficio, bajo la modalidad de "Único Pago" o de "Renta". En caso de optar por la indemnización en forma de renta, el importe a liquidar se abonará en cuotas mensuales y consecutivas, hasta que la liquidación del beneficio más sus intereses sean íntegramente abonados. La cantidad de pagos se establecerá en las Condiciones Particulares y la Tasa de Interés se especificará al momento de liquidación del beneficio dentro de los límites autorizados por la Superintendencia de Seguros de la Nación en las Bases Técnicas del plan.

Artículo 2 - PAGO DEL BENEFICIO

Para obtener el beneficio previsto en esta cobertura, además de lo estipulado en el Artículo 8 de las Condiciones Generales de póliza, se requiere presentar la siguiente documentación:

- a) Copia certificada o legalizada de la partida de defunción del Asegurado.
- b) Declaración del médico que hubiese asistido al Asegurado o certificado su muerte en formulario que suministrará la Compañía.
- c) Testimonio de cualquier actuación sumarial que se hubiese instruido con motivo del hecho determinante del fallecimiento del Asegurado, salvo que razones procesales lo impidieran
- d) Designación de Beneficiarios. Cuando los beneficiarios fueran los herederos, testimonio de la Declaratoria de Herederos dictada por el juez competente.



CONDICIONES ESPECÍFICAS

COBERTURA ADICIONAL: RENTA DIARIA POR INTERNACION

Artículo 1 - COBERTURA

En caso de internación del Asegurado en un establecimiento asistencial, a consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza, el Asegurador pagará la indemnización diaria estipulada para esta cobertura en las Condiciones Particulares de póliza.

Este beneficio se abonará cuando por cada día de internación posterior al período de espera que se estipula en las Condiciones Particulares de póliza, computado en días completos y consecutivos, y hasta el plazo máximo de pago de renta también estipulado para esta cobertura en las Condiciones Particulares de póliza.

Artículo 2 - DEFINICIONES

A efectos de esta cobertura, se entiende por:

- **Internación:** Es la permanencia del Asegurado como paciente en un establecimiento asistencial, durante un mínimo de veinticuatro (24) horas, ordenada o autorizada por un profesional médico. Es indispensable la inscripción del Asegurado en el registro de entrada del establecimiento.
- **Establecimiento asistencial:** 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 8 de las Condiciones Generales de póliza, se deberá presentar la historia clínica y toda la documentación pertinente que acredite la internación: registro expedido por el establecimiento asistencial con indicación de la fecha de ingreso y alta del Asegurado, certificado médico en el que conste el motivo de la internación.

Artículo 4 - INTERNACIONES RECURRENTES

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

Art. 5 - CARÁCTER DEL BENEFICIO

Cualquier indemnización que reciba el Asegurado en virtud de esta cobertura es adicional e independiente de cualquier otra cobertura otorgada por esta póliza, y en consecuencia, la Compañía no hará deducción alguna de la indemnización a abonarse al Asegurado o los Beneficiarios bajo cualquier otra cobertura de la póliza por los pagos que hubiera realizado bajo esta cobertura.



CONDICIONES GENERALES IKÉ ASISTENCIA HSBC FULL

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

Los SERVICIOS, materia de contratación, serán prestados por IKÉ 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 IKÉ ASISTENCIA ARGENTINA.
- d) **CLIENTE:** Toda persona física cliente de HSBC.
- 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 IKÉ 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 \$10.000 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 acompañará. 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 \$10.000 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) DESCUENTO EN FARMACIAS

Limitado a \$500.- por evento, hasta 3 eventos anuales

En caso de que el BENEFICIARIO deba por indicación médica tomar un medicamento en concepto de tratamiento, y siempre y cuando la correspondencia del medicamento esté validada por el equipo médico del PROVEEDOR, se cubrirá hasta el 30% del costo del medicamento hasta los límites correspondientes del monto no reintegrado o reintegrable por la obra social o prepaga del BENEFICIARIO.

Para solicitar el descuento el BENEFICIARIO deberá presentar: copia de la receta médica, constancia de obra social o prepaga si la tuviera, ticket original de pago de los medicamentos, copia de DNI.

(D) REFERENCIAS MÉDICAS.

sin límite.

A solicitud del BENEFICIARIO, el PROVEEDOR lo asistirá brindando información y se realizarán gestiones en relación a:

- Coordinación de consultas médicas en consultorios, clínicas u hospitales;
- Horarios de visita de centros médicos y hospitalarios,
- Requerimientos previos a la realización de diferentes análisis y estudios,
- Ubicación de centro hospitalario más cercano al BENEFICIARIO.

Este SERVICIO estará sujeto a la disponibilidad del centro médico en que se realice la coordinación.

El PROVEEDOR proporcionará este SERVICIO en las PRINCIPALES CIUDADES de la República ARGENTINA. En los demás lugares, el PROVEEDOR hará lo posible por ayudar al BENEFICIARIO rápidamente a contactarse con un médico o centro médico u hospitalario.

El PROVEEDOR no será responsable con respecto a ninguna atención o falta de ella cometida por dichos médicos o instituciones médicas.

(E) AMBULANCIA (Código rojo)

Limitado a \$10.000 por año.

Si el BENEFICIARIO sufre de enfermedad grave o ACCIDENTE que tales que su vida esté en riesgo, IKÉ 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.

(F) TERAPEUTA A DOMICILIO

Limitado a \$10.000 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.

2. ASISTENCIA ODONTOLÓGICA

(A) SERVICIOS ODONTOLÓGICOS EN CENTROS DE ATENCIÓN PERMANENTE.

Limitado a \$10.000 por año.

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 tóptica
- f) Prescripción de medicación antibiótica, antiinflamatoria y/o analgésica
- g) Cementado de Puente, Perno y corona
- h) Curatajes
- i) Radiografía periapical
- j) Extracción simple
- k) Diagnóstico
- l) Plan de tratamiento
- m) Exodoncias simples o extracciones
- n) Técnicas de higiene oral y prevención telefónica
- o) Tratamientos de conducto
- p) Referencias de centros odontológicos

3. ASISTENCIA AL HOGAR

CARACTERÍSTICAS 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 BENEFICIARIO en caso de superar el límite establecido.

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

- (A) SERVICIOS EN INSTALACIONES ELÉCTRICAS.
Limitado a \$3.000.- por evento y a 2 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 BENEFICIARIO.
- 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, balastros, etc.)

- (B) SERVICIOS DE PLOMERIA.
Limitado a \$3.000.- por evento y a 2 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 BENEFICIARIO 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 BENEFICIARIO 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, lavavajillas, termotanques, calefones, griferías, etc.).

(C) SERVICIOS DE CERRAJERÍA.

Limitado a \$3.000.- por evento y a 2 eventos anuales.

Reparación y/o apertura de chapas y cerraduras dañadas por AVERÍAS, 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 remplazo por una en funcionamiento.

(D) SERVICIOS DE VIDRIERÍA.

Limitado a \$3.000 por evento y a 2 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 \$3.000 por evento y a 2 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. Garantía de 90 días. (sujeta a la verificación del prestador)

(F) CUIDADOR ANTE SINIESTRO

Limitado a 1 EVENTO por año; MONTO LÍMITE POR EVENTO: \$1.000.

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: \$1.000.
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 considerarlo 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 \$1.000.- 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.

4. ASISTENCIA LEGAL

(A) CONSULTORÍA LEGAL TELEFÓNICA.

Sin límite.

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 4136-0670 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 CUENTE.
- 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.

