

## SEGURO DE AP GRUPO

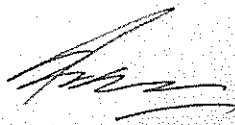
| ASEGURADO                                                 |                   | DNI/CUIT/CUIL      | DOMICILIO (Calle - N° - Piso/Depto - CP - Localidad - Provincia)     |                |
|-----------------------------------------------------------|-------------------|--------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------|
| ASOCIACION DE MAXIBASQUEBOL FEMENINO DE MENDOZA A M B F M |                   | 30705163029        | SAN MARTIN Y GRAL PA O O, Piso: 4- DPTO: 75 CP5500, MENDOZA, MENDOZA |                |
| N° PÓLIZA / FACTURA                                       | RENUOVA PÓLIZA N° | N° DE ENDOSO       | MOTIVO DE ENDOSO                                                     |                |
| 000001739964                                              |                   | 000000             |                                                                      |                |
| SUMA ASEGURADA                                            | FECHA DE EMISIÓN  | INICIO DE VIGENCIA | FIN DE VIGENCIA                                                      | COASEGURO      |
| \$ 2.860.000.000                                          | 11/02/2026        | 04/01/2026 - 00hs  | 04/01/2027 - 24hs                                                    |                |
| CONDICIÓN FRENTE AL IVA                                   |                   | FORMA DE PAGO      | MONEDA                                                               | TIPO DE CAMBIO |
| IVA Exento                                                |                   | CUPON              | PESOS                                                                | 1,00           |
| PRODUCTOR                                                 |                   | CÓDIGO             | MATRÍCULA                                                            | EMAIL          |
| LOPEZ MARTIN CARLOS                                       |                   | 08988              | 62166                                                                |                |

### COSTO DEL SEGURO

|                                                             |    |                     |
|-------------------------------------------------------------|----|---------------------|
| <b>PRIMA TOTAL</b>                                          | \$ | <b>2.805.257,00</b> |
| <b>Recargos financieros</b>                                 | \$ | 561.051,40          |
| <b>Base Imponible IVA</b><br>(Prima + Recargos Financieros) | \$ | 3.366.308,40        |
| <b>IVA</b>                                                  | \$ | 706.924,76          |
| <b>Percepción IVA RG 2408/08</b>                            | \$ | 0,00                |
| <b>Otros Impuestos</b><br>(OSSEG, Tasa SSN)                 | \$ | 37.029,39           |
| <b>Percepción IIBB</b>                                      | \$ | 0,00                |
| <b>Sellos</b>                                               | \$ | 33.663,08           |
| <b>PREMIO</b>                                               | \$ | <b>4.143.925,63</b> |

### PLAN DE PAGO

| CUOTA | VENCIMIENTO | IMPORTE       |
|-------|-------------|---------------|
| 1     | 26/02/2026  | \$ 414.392,59 |
| 2     | 26/03/2026  | \$ 414.392,56 |
| 3     | 26/04/2026  | \$ 414.392,56 |
| 4     | 26/05/2026  | \$ 414.392,56 |
| 5     | 26/06/2026  | \$ 414.392,56 |
| 6     | 26/07/2026  | \$ 414.392,56 |
| 7     | 26/08/2026  | \$ 414.392,56 |
| 8     | 26/09/2026  | \$ 414.392,56 |
| 9     | 26/10/2026  | \$ 414.392,56 |
| 10    | 26/11/2026  | \$ 414.392,56 |

  
**Federico Guthmann**  
PRESIDENTE - CEO

La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. del Reglamento General de la Actividad Aseguradora

El crédito fiscal discriminado en el presente comprobante solo podrá ser computado a efectos del procedimiento permanente de transición al régimen general - capítulo IV de la ley n° 27.618

**LUGAR DE EMISIÓN:** Ciudad Autónoma de Buenos Aires  
Teléfono Gratuito CABA, Área de Defensa y Protección al Consumidor: 147

Usted dispone de 30 días desde la recepción o puesta a disposición del presente comprobante para cuestionarlo.

**FACTURA**

## SEGURO DE AP GRUPO

| N° PÓLIZA / FACTURA                                                                                                                                                   | RENUEVA PÓLIZA N° | N° DE ENDOSO                                                    | MOTIVO DE ENDOSO           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------------|
| 000001739964                                                                                                                                                          |                   | 000000                                                          |                            |
| ACTIVIDAD                                                                                                                                                             | GRUPO             | AMBITO DE COBERTURA                                             | CANTIDAD DE ASEGURADOS/AS  |
| Deportistas Amateurs -<br>Entre 14 y 70                                                                                                                               | 1                 | AP Jornada Deportiva Con Itinere, Sin uso de<br>Moto Innominado | 260                        |
| COBERTURAS Y CLÁUSULAS                                                                                                                                                |                   |                                                                 | SUMA ASEGURADA POR PERSONA |
| Muerte Accidental                                                                                                                                                     |                   |                                                                 | \$ 10.000.000              |
| Invalidez parcial y/o total permanente por accidente                                                                                                                  |                   |                                                                 | \$ 10.000.000              |
| Reembolso de Gastos Médicos por Accidente                                                                                                                             |                   |                                                                 | \$ 2.000.000               |
| Reembolso Gastos de Sepelio por Muerte accidental                                                                                                                     |                   |                                                                 | \$ 1.000.000               |
| Protesis y Ortesis por Accidente                                                                                                                                      |                   |                                                                 | \$ 1.000.000               |
| CLÁUSULAS Y ANEXOS GENERALES: AP-001 - AP-011 - AP-013 - AP-201 - AP-230 - AP-232 - AP-301 - AP401 - AP420 - AP450 -<br>AP501 - AP550 - AP605 - AP625 - AP645 - AP650 |                   |                                                                 |                            |

Para conocer en detalle tus coberturas, sus límites y exclusiones, por favor, revisá el clausulado anexo a esta póliza.