

CONDICIONES PARTICULARES ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO

Póliza única (NUP):	16027577	Año renov.		Vigencia de la póliza	
Endoso:	7			Desde 0hs del: 13/03/2026	Hasta 0hs del: 13/01/2027
Tipo de endoso:	REFACTURACION AUTOMATICA			Vigencia de facturación	
Tipo de producto:	Ap.Col. Reintegro (EX-2024-131277418-APN-GTYN SSN)			Desde 0hs del: 13/05/2026	Hasta 0hs del: 13/06/2026
Contratante / Tomador:	2586595 ASOCIACION CIVIL COMITE OLIMPICO INTERPROFESIONAL CHACO				
Domicilio:	CALLE FRANKLIN 134 - (3500) RESISTENCIA - CHACO				
CUIT:	30712343245	Ramo o actividad:			
Condición ante el IVA:	EXENTO	Teléfono:			
E-mail:	organizaciondesegurosprolife@g				
Grupo asegurable/asegurado:	FUTBOL - NO FEDERADOS				
Agente / Productor:	986 - HERRERA JOSE LUIS				
E-mail Agente/Productor:	joseherreraproductor@gmail.com	CUIT/N° de matrícula:	83705		

→ CONDICIONES DEL SEGURO

Pago de primas del seguro a cargo del tomador:	100.00 %	Pago de primas del seguro a cargo del asegurado:	0.00 %
Edad mínima de ingreso:	4 años	Edad máxima de ingreso:	73 años
Periodicidad de pago/envío de la información:	MENSUAL	Suma asegurada del período:	\$ 6,725,000,000.00
Tasa del premio:	0.330 ‰	Lugar de pago:	Marcelo T. de Alvear 1541, CABA
Tipo de conducto:	PAGO FACIL	N° de conducto:	0
Escala de capitales asegurados:	Mínimo: \$ 0.00	Máximo:	\$ 0.00

→ RIESGOS CUBIERTOS

Cobertura	Franquicia				Edad máxima de cobertura
ESTENCIA MEDICO FARMA. (REEMBOLSO DE GASTOS) MIN: \$ 3,500,000.00 MAX: \$ 3,500,00	\$ 15000				64
INVALIDEZ PERMANENTE- TOTAL Y PARCIAL MIN: \$ 5,000,000.00 MAX: \$ 5,000,000.00					64
MUERTE ACCIDENTAL (2) MIN: \$ 5,000,000.00 MAX: \$ 5,000,000.00					74
Alcance/radio de la cobertura:	Práctica de Deportes	Cantidad mínima de asegurados:	1		

CONDICIONES CONTRACTUALES: La póliza de seguro de accidentes personales se encuentra integrada por las Condiciones Generales, Condiciones Generales Específicas, Condiciones Específicas correspondientes a las coberturas contratadas que se indican en el cuadro de riesgos cubiertos. Asimismo la integran la Cláusula de Ajuste de la suma asegurada y endosos de póliza. Las exclusiones comunes de cobertura se encuentran detalladas en el Anexo 1, parte integrante de la póliza.

Póliza:	16027577	Endoso:	7
---------	----------	---------	---

→ DISCRIMINACIÓN DEL PREMIO INICIAL

Prima pura:	\$ 2,196,840.23	Gastos de administración:	\$ 0.00	Gastos de adquisición:	\$ 0.00
Prima de tarifa:	\$ 0.00	Tasas, impuestos y sellados:	\$ 57,117.84	Derecho de emisión:	\$ 0.00
IVA:	\$ 0.00	Premio total:	\$ 2,253,958.07		

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado. Por reclamos, que no hayan sido solucionados previamente por las vías de atención al público de la entidad, podrán comunicarse con este Servicio al teléfono 5811-7900. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web cnp.com.ar. En caso de que existiera un reclamo ante la entidad aseguradora y que el mismo no haya sido resuelto o haya sido desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400 o por correo electrónico a consultas@ssn.gov.ar.

Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son: Transferencias bancarias, Débitos directos, Depósitos, Tarjetas prepagas no bancarias, Billetera virtual, Pagos electrónicos, Cheques cancelatorios, Cheques de terceros endosados por el asegurado o tomador de la póliza, Entidades especializadas en cobranza (cadenas de pagos de servicios), Efectivo con comprobante de pago emitido por un controlador fiscal homologado por AFIP y registrado por la SSN y hasta la suma de \$1000, cualquier medio electrónico de pago habilitado por el Banco Central de la República Argentina.

Los asegurados podrán solicitar información ante la SSN con relación a la Aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721(C.P.1067), Ciudad de Buenos Aires, o al teléfono 4338-4000 (líneas rotativas), en el horario de 10.30 a 17.30, o vía internet a la siguiente dirección: www.ssn.gov.ar

Para consultas o reclamos, comunicarse con CNP ASSURANCES COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A al 0800-7777-267

Buenos Aires, 2 de Mayo de 2026

Lugar y fecha de emisión



Alejandro Korin
Director General



COMPROBANTE DE ENTREGA DE PÓLIZA

Fecha de entrega:	2 de Mayo de 2026
-------------------	-------------------

Apellido y nombre del Tomador:	ASOCIACION CIVIL COMITE OLIMPICO INTERPROFESIONAL CHACO		
Domicilio:	CALLE FRANKLIN 134		
Agente / Productor:	986 - HERRERA JOSE LUIS		
Póliza N°:	16027577		
Vigencia desde:	13/05/2026	Vigencia hasta:	13/06/2026
Producto CNP:	ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO		

Dejo constancia de haber recibido la póliza de seguro que se detalla precedentemente.

Por la presente, presto conformidad a recibir toda información y documentación referida a este seguro, a través de la página web www.cnp.com.ar o del correo electrónico por mí declarado. Tomo conocimiento de que podré requerir a CNP un ejemplar en original de la documentación que me remitiera por medios electrónicos.

El Tomador del seguro colectivo se compromete a hacer entrega a los asegurados individuales los Certificados de Incorporación emitidos por CNP Assurances. La compañía podrá solicitar o acceder en cualquier momento a la información, documentación y registros en poder del Tomador relacionados con la ejecución de este contrato.

.....
Firma del Tomador



Alejandro Korin
Director General

Sr. Tomador:

Una vez completado este formulario, se ruega remitirlo a CNP Assurances Compañía de Seguros S.A. por el medio utilizado habitualmente. Por cualquier duda, puede contactarse en forma gratuita con nuestro Centro de Atención al Cliente, de lunes a viernes de 9 hs. a 18 hs. al 0800-7777-CNP(267). Le recordamos además, que puede consultar su póliza en nuestro espacio exclusivo para clientes en www.cnp.com.ar.
Gracias por elegirnos.

FACTURA

Póliza única (NUP):	16027577	Endoso:	7	Vigencia de la póliza	
C.U.I.T.:	30712343245			Desde 0hs. del: 13/03/2026	Hasta 0hs. del: 13/01/2027
IVA Póliza:	EXENTO			Tipo de endoso:	REFACTURACION AUTOMATICA
Contratante:	2586595 ASOCIACION CIVIL COMITE OLIMPICO INTERPROFESIONAL CHACO				
Domicilio:	CALLE FRANKLIN 134 - (3500) RESISTENCIA - CHACO				
Ramo o actividad:	FUTBOL - NO FEDERADOS	Vigencia de facturación			
Grupo asegurable:	FUTBOL - NO FEDERADOS	Desde 0hs. del: 13/05/2026	Hasta 0hs. del: 13/06/2026		
Suma asegurada del período:	\$ 6,725,000,000.00	Vencimiento de pago:	28/05/2026		

Plan de cuotas:	
1 - 28/05/2026 - \$ 2,253,958.07	

→ DISCRIMINACIÓN DEL PREMIO INICIAL

Moneda:	Pesos	Prima pura:	\$ 2196840.23
Gastos de adquisición:	\$ 0.00	Gastos de administración:	\$ 0.00
Prima de tarifa:	\$ 0.00	Derecho de emisión:	\$ 0.00
Impuestos y tasas:	\$ 57,117.84	IVA:	\$ 0.00
Premio total:	\$ 2,253,958.07	Conducto de pago:	PAGO FACIL

→ CÓDIGO DE PAGO FÁCIL

094576016160275770000002253958072713300000000004

Valor cuota 1 a abonar:	\$ 2,253,958.07
-------------------------	-----------------

Buenos Aires, 2 de Mayo de 2026

Lugar y fecha



Alejandro Korin
Director General

DOCUMENTO NO VÁLIDO COMO COMPROBANTE FISCAL I EXCEPTUADO CUMPLIMIENTO R.G. AFIP N° 1415/03 – ART 5°, 8° Y ANEXO 1 APARTADO A INC D)

IMPORTANTE: En la fecha indicada en "VENCIMIENTO DE PAGO" se deberá abonar el total del premio o la cuota del plan de pago que se hubiera acordado, según se detalle en la forma de pago y/o en el Art. "Pago de las Primas". De acuerdo a lo establecido en dicha cláusula, el riesgo asegurado por esta póliza quedará automáticamente sin cobertura por la simple mora en cualquiera de los pagos convenidos. Sólo se reconocerán los recibos emitidos en formularios de la Compañía.