GALENO VIDA

NOTA DE RECEPCIÓN DE PÓLIZA

10180005119200030001

SECCIÓN	PÓLIZA	ENDOSO
VIDA COLECTIVO	51192	3

DATOS DEL TOMADOR

Nombre y Apellido /R. Social:	MAS ACTIVOS SA	CUIT:	30711883114
Domicilio:	AV. LUIS MARIA CAMPOS 1464 P. 5 DPTO. B	Localidad:	CAPITAL FEDERAL
Provincia:	CDAD.DE BUENOS AIRES	Condición de IVA:	IVA RESPONSABLE INSCRIPTO

Por la presente declaro haber recibido la póliza, la cual está en todo de acuerdo a lo solicitado en la propuesta original, conociendo el derecho que me asiste en virtud de lo que establece el Art. 12 de la Ley 17.418 de rechazar alguna condición del contrato dentro de los 30 días de recepcionada la presente.
El presente acuse de recibo de está en un todo de acuerdo a la Resolución de S.S.N. Nro. 33.463.

Firma del Solicitante : _____

Recibido por : _____

Fecha de Recepción : _____

Vínculo con el Tomador : _____

Aclaración : _____

Tipo de Documento : _____

Número de Documento : _____

GALENO VIDA

CUIP: 08782030020000000000000000000051192000000000031530711883114 6-10000092334100000923340000006

COPIA DE PÓLIZA ORIGINAL 07/01/2025

Emitida en CAPITAL FEDERAL el día 7 de Enero de 2025

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
SEGURO DE VIDA COLECTIVO	51192	3	Desde las 00 Hs. del 07/01/2025 Hasta las 00 Hs. del 22/07/2025

Datos del Tomador/Asegurado

Nombre y Apellido / Razón Social : MAS ACTIVOS SA — Cod. Aseg.: 375843
Domicilio : AV. LUIS MARIA CAMPOS 1464 P. 5 Dpto. B
Localidad: 1426 CAPITAL FEDERAL — Provincia : CDAD.DE BUENOS AIRES
CUIT : 30711883114 — Condición de IVA: IVA RESPONSABLE INSCRIPTO

PRODUCTOR: 74967 DONDO, GABRIEL BARTOLOME **MATRÍCULA N°SSN:** 92334 **CASILLERO:**

MODO DE FACTURACIÓN: ANUAL

FRENTE DE PÓLIZA

POR MEDIO DEL PRESENTE ENDOSO SE DEJA CONSTANCIA DE LOS SIGUIENTES MOVIMIENTOS DE RIESGOS CUBIERTOS CON VIGENCIA A PARTIR DEL 7 de Enero de 2025.

CANTIDAD DE RIESGOS ANTERIOR : 139 VIDAS.
CANTIDAD DE RIESGOS DADOS DE BAJA : 32 VIDAS.
CANTIDAD DE RIESGOS DADOS DE ALTA : 33 VIDAS.
CANTIDAD DE RIESGOS ACTUAL : 140 VIDAS.

CAPITAL TOTAL ANTERIOR (COBERTURA DE MUERTE) : $ 63.674.686,26
APITAL TOTAL ACTUAL (COBERTURA DE MUERTE) : $ 85.512.612,00
DEBITO AUTOMATICO : C.B.U.

PLAN DE PAGOS

CUOTA	FEC.VENCTO.	IMPORTE
1	06/02/2025	8.279,70
2	06/03/2025	8.277,72
3	06/04/2025	8.277,72
4	06/05/2025	8.277,72
5	06/06/2025	8.277,72
6	06/07/2025	8.277,72

MONEDA	PRIMA PURA	GASTOS ADQUISICIÓN	GASTOS EXPLOTACIÓN	PRIMA	REC. FINANCIERO	SUB TOTAL
$	29.375,26	12.239,70	7.343,82	48.958,78	0,00	48.958,78

T.SUP. + S.S.		I.V.A.	R.G. 3337	IVA RFI	I.BRUTOS	LEY 26363	PREMIO
293,75	0,00	0,00	0,00	0,00	415,77	0,00	49.668,30

FORMA DE PAGO	VENCIMIENTO 1° CUOTA
DEBITO AUTOMATICO : C.B.U.	06/02/2025

Las condiciones generales anexas y las cláusulas especiales que seguidamente se mencionan forman parte de esta póliza. PÓLIZA RENOVADA

LCTCG01 VCMP01 **********

Entre GALENO SEGUROS S.A., en adelante "EL ASEGURADOR", y quien se designa con el nombre de "TOMADOR", se conviene en celebrar el presente contrato de seguro sujeto a las condiciones generales y particulares anexas en esta póliza que forman parte integrante de la misma.
Cuando el texto de la Póliza difiera del contenido de la propuesta o solicitud del seguro, la diferencia se considerará aprobada por el asegurado si no reclama dentro del mes de haber recibido la póliza (art.12 de la Ley de Seguros).
La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora.
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 0800-777-5433. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.galenoseguros.com.ar
En caso de que existiera un reclamo ante la entidad aseguradora y que el mismo no haya sido resuelto o haya sido desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400 o por correo electrónico a consultas@ssn.gob.ar.
PARA CONSULTAS O RECLAMOS, COMUNICARSE CON GALENO SEGUROS S.A. AL 0800-777-5433.

Diego Sobrini
Gerente General
Galeno Seguros S.A.

ESTÁ PÓLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN POR PROVEIDO Nº 120870

COPIA DE PÓLIZA ORIGINAL 07/01/2025

Emitida en CAPITAL FEDERAL el día 7 de Enero de 2025

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
SEGURO DE VIDA COLECTIVO	51192	3	Desde las 00 Hs. del 07/01/2025 Hasta las 00 Hs. del 22/07/2025

Detalle de Coberturas

FALLECIMIENTO
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (LCT)

Detalle de Riesgos

RIESGOS CUBIERTOS

LANFREDI, AMALIA VIRGINIA	CUIL 27295063497	F.Nac: 15/06/1982	Capital: $	1.000.000,00	Premio: $	1.324,46 [MODI]
			Cap.Ant: $	417.665,50	Difer: $	
HEREDIA , ANA MARIA	CUIL 27215893834	F.Nac: 09/10/1970	Capital: $	1.000.000,00	Premio: $	0,00 [MODI]
			Cap.Ant: $	1.000.000,00	Difer: $	
MONZON, ANALIA	CUIL 27294552508	F.Nac: 08/06/1982	Capital: $	1.000.000,00	Premio: $	0,00 [MODI]
			Cap.Ant: $	1.000.000,00	Difer: $	
MEDINA, ANDREA SILVIA	CUIL 27287361225	F.Nac: 20/04/1981	Capital: $	1.000.000,00	Premio: $	1.468,65 [MODI]
			Cap.Ant: $	354.269,86	Difer: $	
FANUELA BETSABE, ROMINA	CUIL 27301380254	F.Nac: 26/01/1983	Capital: $	1.000.000,00	Premio: $	238,81 [MODI]
			Cap.Ant: $	894.997,52	Difer: $	
SOSA , CAMILA BELEN	CUIL 27430135606	F.Nac: 20/10/2000	Capital: $	1.000.000,00	Premio: $	747,72 [MODI]
			Cap.Ant: $	671.248,14	Difer: $	
BARRAGUE, CLELIA IRENE	CUIL 27172036371	F.Nac: 12/01/1965	Capital: $	1.000.000,00	Premio: $	366,04 [MODI]
			Cap.Ant: $	839.060,19	Difer: $	
MARIANI VIGOROSI , CRISTINA	CUIL 27329897937	F.Nac: 13/05/1987	Capital: $	1.000.000,00	Premio: $	0,00 [MODI]
			Cap.Ant: $	1.000.000,00	Difer: $	
CAMPANA CASAS, CYNTIA	CUIL 27945392490	F.Nac: 25/08/1992	Capital: $	1.000.000,00	Premio: $	1.002,17 [MODI]
			Cap.Ant: $	559.373,45	Difer: $	
GONZALEZ, DIEGO	CUIL 20284740387	F.Nac: 07/11/1980	Capital: $	1.000.000,00	Premio: $	0,00 [MODI]
			Cap.Ant: $	1.000.000,00	Difer: $	
SOSA , ELIZABETH PAOLA	CUIL 27280624263	F.Nac: 03/06/1980	Capital: $	1.000.000,00	Premio: $	1.267,22 [MODI]
			Cap.Ant: $	442.837,33	Difer: $	
GAMALERI, EMANUEL	CUIL 20375602432	F.Nac: 30/03/1993	Capital: $	1.000.000,00	Premio: $	1.595,88 [MODI]
			Cap.Ant: $	298.332,50	Difer: $	
DOMINGUEZ ANDRADA, NOEMI	CUIL 27928883502	F.Nac: 09/05/1978	Capital: $	1.000.000,00	Premio: $	47,98 [MODI]
			Cap.Ant: $	978.903,56	Difer: $	
SCIARRONE, FLORENCIA	CUIL 27389459777	F.Nac: 25/07/1991	Capital: $	1.000.000,00	Premio: $	1.002,17 [MODI]
			Cap.Ant: $	559.373,45	Difer: $	
LUENGA ANGULO GEYCER, GABRIELA	CUIL 27956571737	F.Nac: 14/08/1989	Capital: $	790.515,00	Premio: $	970,99 [MODI]
			Cap.Ant: $	363.592,74	Difer: $	
ALTAMIRANO , GISELA PAOLA	CUIL 27370292774	F.Nac: 24/05/1992	Capital: $	1.000.000,00	Premio: $	0,00 [MODI]
			Cap.Ant: $	1.000.000,00	Difer: $	
IGLESIAS MERCADO, JAZMIN	CUIL 27432442298	F.Nac: 08/04/2001	Capital: $	1.000.000,00	Premio: $	684,10 [MODI]
			Cap.Ant: $	699.216,83	Difer: $	
PARIS, JENNIFER	CUIL 27391484339	F.Nac: 27/12/1993	Capital: $	528.909,00	Premio: $	863,69 [MODI]
			Cap.Ant: $	149.166,26	Difer: $	
CA¿ADAS , JESICA	CUIL 27317627748	F.Nac: 02/11/1985	Capital: $	828.902,00	Premio: $	867,47 [MODI]
			Cap.Ant: $	447.498,76	Difer: $	
QUARANTA, JESICA LORENA	CUIL 24331192186	F.Nac: 04/09/1987	Capital: $	1.000.000,00	Premio: $	0,00 [MODI]
			Cap.Ant: $	1.000.000,00	Difer: $	
VASTA JUAN , DANIEL FABIAN	CUIL 20169367249	F.Nac: 22/04/1964	Capital: $	1.000.000,00	Premio: $	0,00 [MODI]
			Cap.Ant: $	1.000.000,00	Difer: $	
BAEZ, LAURA GISELE	CUIL 27313043261	F.Nac: 24/03/1985	Capital: $	1.000.000,00	Premio: $	864,34 [MODI]
			Cap.Ant: $	619.972,26	Difer: $	
FLORES, LAURA	CUIL 27293888499	F.Nac: 05/03/1982	Capital: $	543.744,00	Premio: $	600,57 [MODI]
			Cap.Ant: $	279.686,73	Difer: $	
PONCE SILVEIRO, LAURA	CUIL 27263673021	F.Nac: 22/04/1978	Capital: $	1.000.000,00	Premio: $	567,49 [MODI]
			Cap.Ant: $	750.492,72	Difer: $	
LEIVA , CARMEN E.	CUIL 27236706589	F.Nac: 29/12/1973	Capital: $	1.000.000,00	Premio: $	0,00 [MODI]
			Cap.Ant: $	1.000.000,00	Difer: $	
ZALAZAR , LUCIANA	CUIL 23360890724	F.Nac: 26/11/1991	Capital: $	530.064,00	Premio: $	569,46 [MODI]
			Cap.Ant: $	279.686,73	Difer: $	
WINGENROTH , LUCILA	CUIL 27350718457	F.Nac: 23/12/1989	Capital: $	1.000.000,00	Premio: $	58,59 [MODI]
			Cap.Ant: $	974.242,12	Difer: $	
DI PASQUALE, MARIA ALEJANDRA	CUIL 27250841766	F.Nac: 18/12/1975	Capital: $	3,50	Premio: $	-1.781,12 [MODI]

COPIA DE PÓLIZA ORIGINAL 07/01/2025

Emitida en CAPITAL FEDERAL el día 7 de Enero de 2025

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
SEGURO DE VIDA COLECTIVO	51192	3	Desde las 00 Hs. del 07/01/2025 Hasta las 00 Hs. del 22/07/2025

Detalle de Riesgos

				Cap.Ant: $ 783.122,83		Difer: $
MILICIA, MARIA LAURA	CUIL 27295701876	F.Nac: 02/07/1982	Capital: $ 1.000.000,00	Premio: $ 747,72 [MODI]		
				Cap.Ant: $ 671.248,14		Difer: $
HUERTAS, MARIA SOLEDAD	CUIL 27225395492	F.Nac: 03/06/1971	Capital: $ 1.000.000,00	Premio: $ 47,98 [MODI]		
				Cap.Ant: $ 978.903,56		Difer: $
FERNANDEZ, MARIEL SOLEDAD	CUIL 27357324241	F.Nac: 05/11/1991	Capital: $ 1.000.000,00	Premio: $ 0,00 [MODI]		
				Cap.Ant: $ 1.000.000,00		Difer: $
DEVIA, MARINA DEL CARMEN	CUIL 27287677303	F.Nac: 14/08/1981	Capital: $ 1.000.000,00	Premio: $ 1.055,17 [MODI]		
				Cap.Ant: $ 536.066,23		Difer: $
URQUIA, MICAELA ANDREA	CUIL 27376968370	F.Nac: 04/07/1993	Capital: $ 1.000.000,00	Premio: $ 896,15 [MODI]		
				Cap.Ant: $ 605.987,90		Difer: $
MOLINA , NANCY	CUIL 27265995328	F.Nac: 22/05/1978	Capital: $ 1.000.000,00	Premio: $ 0,00 [MODI]		
				Cap.Ant: $ 1.000.000,00		Difer: $
VILAR, NATALIA GISELE	CUIL 27380473998	F.Nac: 20/12/1993	Capital: $ 1.000.000,00	Premio: $ 408,98 [MODI]		
				Cap.Ant: $ 820.181,34		Difer: $
AMAYA, NATALIA SOLEDAD	CUIL 27295802907	F.Nac: 02/09/1982	Capital: $ 1.000.000,00	Premio: $ 985,20 [MODI]		
				Cap.Ant: $ 566.831,76		Difer: $
QUEIPO , NORA NOEMI	CUIL 27242901199	F.Nac: 06/12/1974	Capital: $ 1.000.000,00	Premio: $ 0,00 [MODI]		
				Cap.Ant: $ 1.000.000,00		Difer: $
FERNANDEZ JOFRE VARELA, PAOLA	CUIL 27250217566	F.Nac: 23/11/1978	Capital: $ 741.164,00	Premio: $ 1.233,36 [MODI]		
				Cap.Ant: $ 198.888,14		Difer: $
MONTENEGRO, RENZO ANTONIO	CUIL 20370668990	F.Nac: 17/10/1992	Capital: $ 1.000.000,00	Premio: $ 366,04 [MODI]		
				Cap.Ant: $ 839.060,19		Difer: $
SLADECEK, SARA RAQUEL	CUIL 27245609987	F.Nac: 28/06/1975	Capital: $ 1.000.000,00	Premio: $ 0,00 [MODI]		
				Cap.Ant: $ 1.000.000,00		Difer: $
LUNA , SILVINA DEL VALLE	CUIL 27332862664	F.Nac: 23/11/1987	Capital: $ 1.000.000,00	Premio: $ 0,00 [MODI]		
				Cap.Ant: $ 1.000.000,00		Difer: $
PARZIANELLO, SILVINA	CUIL 27336075829	F.Nac: 22/08/1988	Capital: $ 616.090,50	Premio: $ 637,90 [MODI]		
				Cap.Ant: $ 335.624,07		Difer: $
MARQUEZ DE JESUS , WANDA AYELEN	CUIL 27363122278	F.Nac: 08/07/1991	Capital: $ 1.000.000,00	Premio: $ 0,00 [MODI]		
				Cap.Ant: $ 1.000.000,00		Difer: $
ACOSTA , CAMILA ANAHI	CUIL 27433905852	F.Nac: 01/08/2001	Capital: $ 659.625,00	Premio: $ 736,92 [MODI]		
				Cap.Ant: $ 335.624,07		Difer: $
AG¿ERO , SILVANA	CUIL 27331540604	F.Nac: 10/07/1987	Capital: $ 540.231,00	Premio: $ 592,58 [MODI]		
				Cap.Ant: $ 279.686,73		Difer: $
ALDERETE , ROMINA NATALIA	CUIL 27335508829	F.Nac: 05/05/1988	Capital: $ 484.503,00	Premio: $ 790,97 [MODI]		
				Cap.Ant: $ 136.735,73		Difer: $
ANDRADA, LUCIA	CUIL 27411469242	F.Nac: 15/06/1998	Capital: $ 520.267,00	Premio: $ 695,60 [MODI]		
				Cap.Ant: $ 214.426,49		Difer: $
BAHL, LUCUA MARIEL	CUIL 27330882595	F.Nac: 11/06/1987	Capital: $ 543.898,00	Premio: $ 600,91 [MODI]		
				Cap.Ant: $ 279.686,73		Difer: $
BARRIONUEVO , GEORGINA	CUIL 27429301098	F.Nac: 16/09/2000	Capital: $ 555.095,00	Premio: $ 626,39 [MODI]		
				Cap.Ant: $ 279.686,73		Difer: $
BARRIONUEVO , EVANGELINA	CUIL 27295894763	F.Nac: 21/07/1982	Capital: $ 522.381,00	Premio: $ 961,93 [MODI]		
				Cap.Ant: $ 99.444,17		Difer: $
BARRIOS, SOL	CUIL 27436697770	F.Nac: 06/10/2001	Capital: $ 520.976,00	Premio: $ 548,78 [MODI]		
				Cap.Ant: $ 279.686,73		Difer: $
BARROS , DANIELA	CUIL 27387031834	F.Nac: 15/08/1995	Capital: $ 557.725,00	Premio: $ 632,36 [MODI]		
				Cap.Ant: $ 279.686,73		Difer: $
BASETA, CLARA	CUIL 27415503410	F.Nac: 03/10/1998	Capital: $ 555.703,00	Premio: $ 861,02 [MODI]		
				Cap.Ant: $ 177.134,93		Difer: $
BRACCINI, CECILIA	CUIL 27434580965	F.Nac: 29/06/2001	Capital: $ 455.073,00	Premio: $ 526,13 [MODI]		
				Cap.Ant: $ 223.749,38		Difer: $
BRANDAN, CLAUDIA	CUIL 27302752422	F.Nac: 19/09/1983	Capital: $ 334.271,00	Premio: $ 336,18 [MODI]		
				Cap.Ant: $ 186.457,82		Difer: $
COLMAN , JAQUELINE ELIZABETH	CUIL 27353931496	F.Nac: 01/09/1990	Capital: $ 472.971,00	Premio: $ 492,62 [MODI]		
				Cap.Ant: $ 256.379,50		Difer: $
COSTAS FLEITAS , VIRGINIA ROCIO	CUIL 27944148367	F.Nac: 16/12/1988	Capital: $ 521.076,00	Premio: $ 421,80 [MODI]		
				Cap.Ant: $ 335.624,07		Difer: $
DIAZ , MATIAS EZEQUIEL	CUIL 20346228742	F.Nac: 06/08/1989	Capital: $ 1.000.000,00	Premio: $ 0,00 [MODI]		
				Cap.Ant: $ 1.000.000,00		Difer: $

COPIA DE PÓLIZA ORIGINAL 07/01/2025

Emitida en CAPITAL FEDERAL el día 7 de Enero de 2025

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
SEGURO DE VIDA COLECTIVO	51192	3	Desde las 00 Hs. del 07/01/2025 Hasta las 00 Hs. del 22/07/2025

Detalle de Riesgos

FERNANDEZ , IGNACIO	CUIL 20430847253	F.Nac: 12/01/2001	Capital: $ 532.781,00	Premio: $ 808,90 [MODI]	Cap.Ant: $ 177.134,93	Difer: $
FRANCO GENNARI , SOL	CUIL 27944898757	F.Nac: 16/01/2002	Capital: $ 540.894,00	Premio: $ 594,10 [MODI]	Cap.Ant: $ 279.686,73	Difer: $
GODOY, MARIA CANDELARIA	CUIL 27389184573	F.Nac: 18/07/1995	Capital: $ 526.910,00	Premio: $ 859,14 [MODI]	Cap.Ant: $ 149.166,26	Difer: $
GUERRA , CAMILA	CUIL 27432618957	F.Nac: 28/06/2000	Capital: $ 545.913,00	Premio: $ 605,50 [MODI]	Cap.Ant: $ 279.686,73	Difer: $
KRAUSE, EVELIN	CUIL 23330268743	F.Nac: 06/08/1987	Capital: $ 477.277,00	Premio: $ 502,41 [MODI]	Cap.Ant: $ 256.379,50	Difer: $
AIDANA , MARIA VICTORIA	CUIL 27383913182	F.Nac: 23/08/1994	Capital: $ 434.128,00	Premio: $ 665,08 [MODI]	Cap.Ant: $ 141.707,94	Difer: $
MORA, ELIZABETH IRENE	CUIL 27939761999	F.Nac: 28/03/1987	Capital: $ 477.174,00	Premio: $ 638,23 [MODI]	Cap.Ant: $ 196.557,62	Difer: $
MUNDO, MICAELA YASMIN	CUIL 27373514883	F.Nac: 30/03/1993	Capital: $ 475.139,00	Premio: $ 633,60 [MODI]	Cap.Ant: $ 196.557,60	Difer: $
MU¿OZ, ROCIO	CUIL 23378185874	F.Nac: 04/08/1993	Capital: $ 576.274,00	Premio: $ 674,55 [MODI]	Cap.Ant: $ 279.686,73	Difer: $
NAVARRO , LUCAS	CUIL 20418748444	F.Nac: 06/05/1999	Capital: $ 505.968,00	Premio: $ 567,67 [MODI]	Cap.Ant: $ 256.379,50	Difer: $
OXILIA, SARA BELEN	CUIL 27348373833	F.Nac: 16/10/1989	Capital: $ 1.000.000,00	Premio: $ 366,04 [MODI]	Cap.Ant: $ 839.060,19	Difer: $
PAREDES MEDINA, MARCOS VALENTIN	CUIL 20446105842	F.Nac: 14/02/2003	Capital: $ 541.149,00	Premio: $ 594,68 [MODI]	Cap.Ant: $ 279.686,73	Difer: $
PARENTE , GIAN FRANCO	CUIL 20448167829	F.Nac: 21/04/2003	Capital: $ 514.320,00	Premio: $ 533,64 [MODI]	Cap.Ant: $ 279.686,73	Difer: $
PASINO, MELINA MILAGROS	CUIL 27386589912	F.Nac: 06/12/1994	Capital: $ 521.265,00	Premio: $ 863,27 [MODI]	Cap.Ant: $ 141.707,94	Difer: $
PUSINERI , LEONARDO ADRIAN	CUIL 20283704956	F.Nac: 07/11/1980	Capital: $ 509.753,00	Premio: $ 523,25 [MODI]	Cap.Ant: $ 279.686,73	Difer: $
QUIROGA , MACARENA	CUIL 23382021754	F.Nac: 02/03/1994	Capital: $ 480.008,00	Premio: $ 644,68 [MODI]	Cap.Ant: $ 196.557,62	Difer: $
RAMOS, FLORENCIA	CUIL 27346528287	F.Nac: 14/11/1989	Capital: $ 417.559,00	Premio: $ 678,29 [MODI]	Cap.Ant: $ 119.333,00	Difer: $
RAMOS , GISELA ANALIA	CUIL 27277091025	F.Nac: 19/10/1979	Capital: $ 498.125,00	Premio: $ 627,58 [MODI]	Cap.Ant: $ 222.195,55	Difer: $
REGNER, DAIANA SOLANGE	CUIL 27349779507	F.Nac: 05/07/1989	Capital: $ 564.469,00	Premio: $ 732,52 [MODI]	Cap.Ant: $ 242.395,16	Difer: $
RODRIGUEZ , NOELIA	CUIL 27352057679	F.Nac: 07/10/1991	Capital: $ 429.546,00	Premio: $ 750,77 [MODI]	Cap.Ant: $ 99.444,17	Difer: $
ROSALES AGUILAR , EDUARDO ANTONIO	CUIL 20953014387	F.Nac: 27/08/1990	Capital: $ 796.597,00	Premio: $ 1.387,71 [MODI]	Cap.Ant: $ 186.455,95	Difer: $
SANCHEZ , MARIA MILAGROS	CUIL 27383825224	F.Nac: 19/01/1995	Capital: $ 523.226,00	Premio: $ 426,69 [MODI]	Cap.Ant: $ 335.624,07	Difer: $
VALDES , EMILSE	CUIL 27421000641	F.Nac: 02/11/1999	Capital: $ 552.169,00	Premio: $ 619,72 [MODI]	Cap.Ant: $ 279.686,73	Difer: $
VALIENTE, KAREN SOFIA	CUIL 27380095772	F.Nac: 15/01/1994	Capital: $ 542.883,00	Premio: $ 895,47 [MODI]	Cap.Ant: $ 149.166,26	Difer: $
BORDES , FIORELLA JAZMIN	CUIL 27384050315	F.Nac: 25/05/1994	Capital: $ 357.767,00	Premio: $ 389,63 [MODI]	Cap.Ant: $ 186.457,82	Difer: $
JUAREZ , MARIA NOEL	CUIL 27373100590	F.Nac: 06/01/1993	Capital: $ 412.478,00	Premio: $ 514,06 [MODI]	Cap.Ant: $ 186.457,82	Difer: $
GARRIDO , PATRICIO	CUIL 20348304322	F.Nac: 05/12/1989	Capital: $ 472.971,00	Premio: $ 589,81 [MODI]	Cap.Ant: $ 213.649,58	Difer: $
BURROSO , CAMILA	CUIL 27426286020	F.Nac: 11/05/2000	Capital: $ 472.767,00	Premio: $ 589,33 [MODI]	Cap.Ant: $ 213.649,58	Difer: $
SOSA , AGUSTINA ANAHI	CUIL 27466419759	F.Nac: 09/05/2005	Capital: $ 526.374,00	Premio: $ 561,06 [MODI]	Cap.Ant: $ 279.686,73	Difer: $
SILLARO , MARIEL VANESA	CUIL 27296436440	F.Nac: 24/09/1982	Capital: $ 530.409,00	Premio: $ 570,25 [MODI]	Cap.Ant: $ 279.686,73	Difer: $
MOYANO, FATIMA CECILIA	CUIL 23450098604	F.Nac: 17/09/2003	Capital: $ 440.991,00	Premio: $ 635,47 [MODI]		

GALENO VIDA

COPIA DE PÓLIZA ORIGINAL 07/01/2025

Emitida en CAPITAL FEDERAL el día 7 de Enero de 2025

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
SEGURO DE VIDA COLECTIVO	51192	3	Desde las 00 Hs. del 07/01/2025 Hasta las 00 Hs. del 22/07/2025

Detalle de Riesgos

				Cap.Ant: $ 161.596,77		Difer: $
GELABERT PEREZ , LUCIANA AYELEN	CUIL 27375398783	F.Nac: 04/04/1993	Capital: $ 476.993,00	Premio: $ 501,77	[MODI]	
				Cap.Ant: $ 256.379,50		Difer: $
NIEVA , PABLO ANDRES	CUIL 20372461439	F.Nac: 13/12/1992	Capital: $ 472.398,00	Premio: $ 491,31	[MODI]	
				Cap.Ant: $ 256.379,50		Difer: $
CRUSSITTA , JAVIER IGNACIO	CUIL 20353642163	F.Nac: 14/12/1990	Capital: $ 523.374,00	Premio: $ 554,25	[MODI]	
				Cap.Ant: $ 279.686,73		Difer: $
VELAZQUEZ ESPINOZA, FRANCESCA BELEN	CUIL 27436548570	F.Nac: 03/09/2001	Capital: $ 513.781,00	Premio: $ 585,42	[MODI]	
				Cap.Ant: $ 256.379,50		Difer: $
RODRIGUEZ MIGLIONI, MANUEL SEBASTIAN	CUIL 20463507105	F.Nac: 27/03/2005	Capital: $ 429.546,00	Premio: $ 552,88	[MODI]	
				Cap.Ant: $ 186.457,82		Difer: $
BULACIO MESINA, ANNA BELEN	CUIL 27457426335	F.Nac: 07/04/2004	Capital: $ 325.581,00	Premio: $ 316,43	[MODI]	
				Cap.Ant: $ 186.455,95		Difer: $
GOLLUSCIO , TOBIAS	CUIL 20439930447	F.Nac: 16/05/2002	Capital: $ 534.352,00	Premio: $ 579,20	[MODI]	
				Cap.Ant: $ 279.686,73		Difer: $
GONZALEZ , TAMARA AYLEN	CUIL 27456318202	F.Nac: 22/02/2004	Capital: $ 533.509,00	Premio: $ 789,35	[MODI]	
				Cap.Ant: $ 186.455,95		Difer: $
CASTILLO MENDEZ, NAIROBY	CUIL 27962278413	F.Nac: 20/07/1980	Capital: $ 570.030,00	Premio: $ 808,79	[MODI]	
				Cap.Ant: $ 214.426,49		Difer: $
BELVERDE , VERONICA	CUIL 27371861780	F.Nac: 27/11/1992	Capital: $ 518.604,00	Premio: $ 543,38	[MODI]	
				Cap.Ant: $ 279.686,73		Difer: $
PEREZ GONZALEZ , LUNA AYLEN	CUIL 27443612152	F.Nac: 12/07/2002	Capital: $ 456.251,00	Premio: $ 613,62	[MODI]	
				Cap.Ant: $ 186.457,80		Difer: $
MACHUCA , BRENDA	CUIL 27370382862	F.Nac: 23/09/1991	Capital: $ 472.374,00	Premio: $ 491,25	[MODI]	
				Cap.Ant: $ 256.379,50		Difer: $
VELAZQUEZ, MAYRA	CUIL 27382591130	F.Nac: 24/04/1994	Capital: $ 550.980,00	Premio: $ 617,02	[MODI]	
				Cap.Ant: $ 279.686,73		Difer: $
CANALE , FACUNDO OSCAR	CUIL 20348174011	F.Nac: 30/11/1989	Capital: $ 510.759,00	Premio: $ 525,56	[MODI]	
				Cap.Ant: $ 279.686,73		Difer: $
FERRADA , MELANIE	CUIL 27356570982	F.Nac: 24/03/1991	Capital: $ 525.848,00	Premio: $ 559,87	[MODI]	
				Cap.Ant: $ 279.686,73		Difer: $
VALVERDE HUAYAPA, MELANIE MILAGROS	CUIL 23447486954	F.Nac: 10/04/2003	Capital: $ 468.664,00	Premio: $ 641,85	[MODI]	
				Cap.Ant: $ 186.457,82		Difer: $
OVEJERO, MICAELA NOEMI	CUIL 27345216443	F.Nac: 10/06/1989	Capital: $ 660.419,00	Premio: $ 865,93	[MODI]	
				Cap.Ant: $ 279.686,73		Difer: $
RODRIGUEZ PAGLIARICHE , NATALIA	CUIL 27410951121	F.Nac: 08/02/1993	Capital: $ 667.300,00	Premio: $ 934,59	[MODI]	
				Cap.Ant: $ 256.379,48		Difer: $
GARCIA, CAMILA	CUIL 27466345399	F.Nac: 07/08/2005	Capital: $ 331.113,00	Premio: $ 753,09	[ALTA]	
CHAZARRETA , MARIELA	CUIL 27329448792	F.Nac: 29/03/1987	Capital: $ 429.808,00	Premio: $ 977,55	[ALTA]	
MAIOCCHI, MELANY MILAGROS	CUIL 27448700971	F.Nac: 31/05/2003	Capital: $ 342.558,00	Premio: $ 779,12	[ALTA]	
ANGELERI , PATRICIA	CUIL 23313045714	F.Nac: 19/04/1985	Capital: $ 331.113,00	Premio: $ 753,09	[ALTA]	
ORELLANO, CINTIA	CUIL 27301923444	F.Nac: 27/05/1983	Capital: $ 468.461,00	Premio: $ 1.065,48	[ALTA]	
FLORENTIN CANO , SARA	CUIL 27346228879	F.Nac: 05/08/1989	Capital: $ 357.918,00	Premio: $ 814,06	[ALTA]	
BRITEZ , ANGIE SOLEDAD	CUIL 27375400478	F.Nac: 11/06/1993	Capital: $ 331.113,00	Premio: $ 753,09	[ALTA]	
ALZUGARAY , MARTINA BELEN	CUIL 27458985656	F.Nac: 10/03/2004	Capital: $ 466.426,00	Premio: $ 1.060,83	[ALTA]	
MACCARRONE, BIANCA	CUIL 27421443101	F.Nac: 24/08/1999	Capital: $ 325.703,00	Premio: $ 740,78	[ALTA]	
MU¿OZ, JUAN IGNACIO	CUIL 23420267649	F.Nac: 22/07/1999	Capital: $ 331.113,00	Premio: $ 753,09	[ALTA]	
VENTURINO , CATALINA	CUIL 27431931589	F.Nac: 15/06/2001	Capital: $ 373.078,00	Premio: $ 848,53	[ALTA]	
REYNOSO , ELISABET MARIANA	CUIL 27363123479	F.Nac: 16/07/1991	Capital: $ 357.918,00	Premio: $ 814,06	[ALTA]	
SUAREZ, CECILIA	CUIL 27345218322	F.Nac: 11/06/1988	Capital: $ 331.213,00	Premio: $ 753,32	[ALTA]	
TORRES, GIMENA	CUIL 27363127954	F.Nac: 24/09/1991	Capital: $ 782.155,00	Premio: $ 1.778,93	[ALTA]	
BAEZ, ERICA	CUIL 27347732732	F.Nac: 09/09/1989	Capital: $ 331.113,00	Premio: $ 753,09	[ALTA]	
AMENTA, LUCIA	CUIL 27441721973	F.Nac: 13/07/2002	Capital: $ 392.153,00	Premio: $ 891,91	[ALTA]	
MARTIRENA, YAMILA	CUIL 27360892862	F.Nac: 24/03/1992	Capital: $ 382.616,00	Premio: $ 870,22	[ALTA]	
MASSARO , FRANCO	CUIL 20447968607	F.Nac: 23/02/2003	Capital: $ 431.357,00	Premio: $ 981,08	[ALTA]	
KORENBLUM , LAUTARO	CUIL 20436284447	F.Nac: 27/11/2001	Capital: $ 509.471,00	Premio: $ 1.158,74	[ALTA]	
ZOBOLI SIMISON, JUANO	CUIL 20456845054	F.Nac: 19/06/2003	Capital: $ 314.225,00	Premio: $ 714,68	[ALTA]	
RIVERO , MAURIZIO NAZARENO	CUIL 20442081833	F.Nac: 30/06/2002	Capital: $ 468.461,00	Premio: $ 1.065,48	[ALTA]	
VILLAR, VICTORIA	CUIL 27458139135	F.Nac: 12/07/2004	Capital: $ 330.550,00	Premio: $ 751,81	[ALTA]	
RODRIGUEZ , VERONICA	CUIL 27319871069	F.Nac: 25/01/1986	Capital: $ 357.818,00	Premio: $ 813,83	[ALTA]	
CANTERO , TATIANA	CUIL 27425353131	F.Nac: 23/05/2000	Capital: $ 350.188,00	Premio: $ 796,47	[ALTA]	

COPIA DE PÓLIZA ORIGINAL 07/01/2025

Emitida en CAPITAL FEDERAL el día 7 de Enero de 2025

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
SEGURO DE VIDA COLECTIVO	51192	3	Desde las 00 Hs. del 07/01/2025 Hasta las 00 Hs. del 22/07/2025

Detalle de Riesgos

WILLIAMS , ETHAN	CUIL 20470304880	F.Nac: 26/06/2006	Capital: $	443.656,00	Premio: $	1.009,05	[ALTA]
SOTO QUEIP¿, LUCIA	CUIL 27460231227	F.Nac: 05/03/2005	Capital: $	416.951,00	Premio: $	948,32	[ALTA]
BUSTO, MARTIN ANDRES	CUIL 23301362609	F.Nac: 07/01/1983	Capital: $	323.795,00	Premio: $	736,44	[ALTA]
FILIBERTO , ANTONELLA	CUIL 27406321245	F.Nac: 18/09/1997	Capital: $	466.426,00	Premio: $	1.060,83	[ALTA]
BORRO , JIMENA SOLEDAD	CUIL 27340766887	F.Nac: 16/10/1988	Capital: $	331.113,00	Premio: $	753,09	[ALTA]
SANTILLAN , ROCIO	CUIL 27435408627	F.Nac: 25/07/2001	Capital: $	331.113,00	Premio: $	753,09	[ALTA]
FUENTES , LEILA	CUIL 27418755186	F.Nac: 01/04/1999	Capital: $	253.830,00	Premio: $	577,31	[ALTA]
CANO , JULIETA ROSARIO	CUIL 27480764924	F.Nac: 07/05/2006	Capital: $	143.426,00	Premio: $	326,21	[ALTA]
PUJOL, CAMILA AILIN	CUIL 27472205280	F.Nac: 12/08/2003	Capital: $	143.426,00	Premio: $	326,21	[ALTA]
RIESGOS DADOS DE BAJA:							
Mella, Ana Belen	CUIL 27435845253	F.Nac: 10/07/1992	Capital: $	779.393,67	Premio: $	-1.772,66	[BAJA]
Murdoch, Macarena	CUIL 27388210422	F.Nac: 28/08/1993	Capital: $	419.530,10	Premio: $	-954,17	[BAJA]
Gamarra, Milton	CUIL 23957273289	F.Nac: 12/07/1998	Capital: $	242.395,16	Premio: $	-551,31	[BAJA]
Alonso, Veronica Natalia	CUIL 27280424116	F.Nac: 21/03/1980	Capital: $	279.686,73	Premio: $	-636,13	[BAJA]
Caceres, Maximiliano	CUIL 20376101623	F.Nac: 08/11/1993	Capital: $	279.686,73	Premio: $	-636,13	[BAJA]
Goncevate, Camila	CUIL 27423757561	F.Nac: 17/02/2000	Capital: $	279.686,73	Premio: $	-636,13	[BAJA]
Soria, Nadia	CUIL 27290998544	F.Nac: 10/08/1981	Capital: $	171.541,19	Premio: $	-390,15	[BAJA]
elez, Leonela	CUIL 27364756327	F.Nac: 15/07/1990	Capital: $	279.686,73	Premio: $	-636,13	[BAJA]
Cara, Gisela	CUIL 27291695154	F.Nac: 15/12/1981	Capital: $	155.381,52	Premio: $	-353,40	[BAJA]
Aguilera, Nicolas	CUIL 20334482899	F.Nac: 03/03/1988	Capital: $	671.248,14	Premio: $	-1.526,70	[BAJA]
Alegre, Florencia	CUIL 27432511877	F.Nac: 21/03/2001	Capital: $	256.379,50	Premio: $	-583,11	[BAJA]
Astrada, Ana Sofia	CUIL 27292624366	F.Nac: 28/01/1982	Capital: $	1.000.000,00	Premio: $	-2.274,40	[BAJA]
Barrientos Garay, Walter J	CUIL 20374319370	F.Nac: 05/05/1993	Capital: $	1.000.000,00	Premio: $	-2.274,40	[BAJA]
Barrientos Garay, Yamila S	CUIL 27386829972	F.Nac: 29/04/1995	Capital: $	1.000.000,00	Premio: $	-2.274,40	[BAJA]
Barrientos Garay, Graciela J	CUIL 23262435474	F.Nac: 29/11/1977	Capital: $	1.000.000,00	Premio: $	-2.274,40	[BAJA]
Benitez, Azul Julieta	CUIL 27384022044	F.Nac: 29/09/1994	Capital: $	1.000.000,00	Premio: $	-2.274,40	[BAJA]
Carrizo, Cynthia Vanesa	CUIL 27328663916	F.Nac: 23/01/1987	Capital: $	1.000.000,00	Premio: $	-2.274,40	[BAJA]
Diaz Varilla, Joselyn	CUIL 27938992822	F.Nac: 07/06/1994	Capital: $	214.426,49	Premio: $	-487,70	[BAJA]
Galarza, Nathalia Soledad	CUIL 27292475190	F.Nac: 14/12/1981	Capital: $	1.000.000,00	Premio: $	-2.274,40	[BAJA]
Giacomozzi, Veronica Marcela	CUIL 27211705316	F.Nac: 08/11/1969	Capital: $	1.000.000,00	Premio: $	-2.274,40	[BAJA]
Leguizamon, Rosana Veronica	CUIL 27253895867	F.Nac: 10/09/1976	Capital: $	1.000.000,00	Premio: $	-2.274,40	[BAJA]
Lencina, Yamila Paola	CUIL 23357661374	F.Nac: 27/04/1991	Capital: $	279.686,73	Premio: $	-636,12	[BAJA]
Lopez, Stephanie	CUIL 27408704540	F.Nac: 01/02/1998	Capital: $	279.686,73	Premio: $	-636,12	[BAJA]
Marquez, Lucia	CUIL 27375489215	F.Nac: 16/06/1993	Capital: $	256.379,50	Premio: $	-583,11	[BAJA]
Martinez, Solange	CUIL 20419138097	F.Nac: 19/05/1999	Capital: $	256.379,50	Premio: $	-583,11	[BAJA]
Moriones, Matias Emanuel	CUIL 20326739899	F.Nac: 22/01/1987	Capital: $	214.426,49	Premio: $	-487,70	[BAJA]
Palmeiro, Facundo	CUIL 20452344247	F.Nac: 20/11/2003	Capital: $	279.686,73	Premio: $	-636,12	[BAJA]
Perez, Cecilia	CUIL 27287991679	F.Nac: 25/03/1981	Capital: $	142.950,99	Premio: $	-325,13	[BAJA]
Ramallo, David Andres	CUIL 20329215815	F.Nac: 09/09/1987	Capital: $	1.000.000,00	Premio: $	-2.274,40	[BAJA]
Rodriguez, Jasmin	CUIL 27428717088	F.Nac: 14/09/2000	Capital: $	186.457,63	Premio: $	-424,09	[BAJA]
Silva, Adriana	CUIL 27369155712	F.Nac: 04/08/1992	Capital: $	279.686,73	Premio: $	-636,12	[BAJA]
Suarez, Nicolas	CUIL 20380105838	F.Nac: 26/01/1994	Capital: $	419.530,10	Premio: $	-954,18	[BAJA]

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
SEGURO DE VIDA COLECTIVO	51192	3	Desde las 00 Hs. del 07/01/2025 Hasta las 00 Hs. del 22/07/2025

CLAUSULAS APLICABLES

SEGURO DE VIDA COLECTIVO
PARA OBLIGACIONES DE LA LEY 20.744 DE CONTRATO DE TRABAJO

ANEXO I

EXCLUSIONES A LA COBERTURA

Cláusula 3 - La presente póliza está exenta de toda restricción respecto de la residencia, ocupación y viajes del Asegurado, pero el Asegurador no pagará la indemnización cuando el fallecimiento de un Asegurado se produjera por alguna de las siguientes causas:
a) Suicidio voluntario del Asegurado, salvo que este su Certificado Individual haya estado en vigor ininterrumpidamente durante un año como mínimo.
b) Como consecuencia de heridas auto infringidas por el asegurado, aún las cometidas en estado de insanía.
c) Acto ilícito del Contratante que provoca deliberadamente la muerte del Asegurado.
d) En caso de accidente si éste es provocado por dolo o culpa grave del Asegurado.
e) Duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa.
f) Empresa o acto criminal en el que sea partícipe el Asegurado o por aplicación legítima de la pena de muerte.
g) Guerra que no comprenda a la Nación Argentina; en caso de comprenderla, las obligaciones del Contratante y de los Asegurados, así como las del Asegurador, se regirán por las normas que, en tal emergencia, dictaren las autoridades competentes.
h) Abuso del alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes.
i) Intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas, tratamientos no autorizados legalmente, o de carácter experimental, o realizado en instituciones o por personal legalmente no habilitado teniendo conocimiento de tal circunstancia.
j) Práctica o el uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en líneas regulares sujetas a un itinerario fijo, o por otras ascensiones aéreas, vuelos en globo, aladeltismo o parapente.
k) Participación en viajes o excursiones a zonas o regiones inexploradas.
l) Participación como conductor, acompañante o integrante de equipo en competencias o pruebas de pericia y/o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre o en justas hípicas.
m) Intervención en la prueba de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica.
n) Desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey y domador de potros o fieras.
o) Práctica de los siguientes deportes o actividades peligrosas: Alpinismo o montañismo, paracaidismo, bunge jumping, rapel, rafting, buceo, esquí acuático o de montaña, kite surf, wakeboard, snowboard, caza, motonáutica, motocross, enduro, trial, travesías fuera de pista con vehículos motorizados (off road) y manipuleo de explosivos y/o armas o con exposición a radiaciones atómicas, salvo pacto en contrario.
p) En caso de accidentes derivados del uso de motonetas, motocicletas, motos, triciclos con motor y cuatriciclos cuando estos vehículos fueren una herramienta de trabajo o de uso comercial.
q) Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica.

Producido el fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de la póliza por cualquiera de las causas enunciadas en los incisos precedentes, la póliza perderá su vigencia inmediatamente, quedando el Asegurador liberado de abonar los capitales asegurados.

LCTCG01
CONDICIONES GENERALES

DISPOSICIONES FUNDAMENTALES

Cláusula 1 - Queda expresamente convenido que GALENO LIFE S. A. (en adelante el Asegurador) y el Contratante, como así mismo las personas amparadas por este seguro, se someten a las disposiciones de la Ley de Seguros Nº 17.418 y a las Condiciones Generales y Particulares de la presente póliza que la complementan o modifican cuando ello es admisible.
En caso de discordancia entre las Condiciones Generales y las particulares, predominarán estas últimas.
Esta póliza adquiere fuerza legal a partir de la CERO (0) hora del día fijado como comienzo de su vigencia.

RIESGO CUBIERTO

Cláusula 2 - La presente Póliza cubre las obligaciones legales del Contratante que surgen de la Ley 20.744 ante la muerte o la Invalidez Total y Permanente de sus dependientes.
a) Cobertura de Muerte: El Asegurador concederá el beneficio de esta cobertura, de conformidad con lo dispuesto por el

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
SEGURO DE VIDA COLECTIVO	51192	3	Desde las 00 Hs. del 07/01/2025 Hasta las 00 Hs. del 22/07/2025

CLAUSULAS APLICABLES

Artículo 248 de la Ley 20.744, si algún Asegurado falleciera hallándose al servicio del Contratante.

b) Cobertura de Invalidez Total y Permanente: El Asegurador concederá el beneficio que otorga esta cobertura al Asegurado cuyo estado de Invalidez Total y Permanente, como consecuencia de enfermedad o accidente, no le permita desempeñar por cuenta propia o en relación de dependencia cualquier actividad remunerativa, siempre que tal estado se hubiese iniciado y continuado ininterrumpidamente durante la vigencia de su seguro y antes de haber superado la Edad Máxima para esta cobertura indicada en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Incorporación Individual. Es condición para la aplicación de la presente cobertura que tal estado haya continuado ininterrumpidamente por TRES (3) meses como mínimo y sea determinante de la pérdida del derecho a percibir haberes. El Asegurador excluye expresamente de esta cobertura los casos que afecten al Asegurado en forma parcial o temporal. Sin perjuicio de otras causas, el Asegurador reconocerá como casos de Invalidez Total y Permanente los siguientes:

i. La pérdida de la vista de ambos ojos de manera total e irrecuperable por tratamiento médico y/o quirúrgico.

ii. La amputación o inhabilitación completa de ambas manos o de ambos pies, o de una mano y de un pie, o de una mano y pérdida de la vista de un ojo, o la pérdida de la vista de un ojo y la amputación o inhabilitación completa de un pie.

iii. La enajenación mental incurable.

iv. La parálisis general.

EXCLUSIONES A LA COBERTURA

Cláusula 3 - La presente póliza está exenta de toda restricción respecto de la residencia, ocupación y viajes del Asegurado, pero el Asegurador no pagará la indemnización cuando el fallecimiento de un Asegurado se produjera por alguna de las siguientes causas:

a) Suicidio voluntario del Asegurado, salvo que este su Certificado Individual haya estado en vigor ininterrumpidamente durante un año como mínimo.

b) Como consecuencia de heridas auto infringidas por el asegurado, aún las cometidas en estado de insanía.

c) Acto ilícito del Contratante que provoca deliberadamente la muerte del Asegurado.

d) En caso de accidente si éste es provocado por dolo o culpa grave del Asegurado.

e) Duelo o riña, salvo que se tratase de legítima defensa.

f) Empresa o acto criminal en el que sea partícipe el Asegurado o por aplicación legítima de la pena de muerte.

g) Guerra que no comprenda a la Nación Argentina; en caso de comprenderla, las obligaciones del Contratante y de los Asegurados, así como las del Asegurador, se regirán por las normas que, en tal emergencia, dictaren las autoridades competentes.

h) Abuso del alcohol, drogas, estupefacientes, narcóticos o estimulantes.

i) Intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas, tratamientos no autorizados legalmente, o de carácter experimental, o realizado en instituciones o por personal legalmente no habilitado teniendo conocimiento de tal circunstancia.

j) Práctica o el uso de la navegación aérea, salvo como pasajero en líneas regulares sujetas a un itinerario fijo, o por otras ascensiones aéreas, vuelos en globo, aladeltismo o parapente.

k) Participación en viajes o excursiones a zonas o regiones inexploradas.

l) Participación como conductor, acompañante o integrante de equipo en competencias o pruebas de pericia y/o velocidad con vehículos mecánicos o de tracción a sangre o en justas hípicas.

m) Intervención en la prueba de prototipos de aviones, automóviles y otros vehículos de propulsión mecánica.

n) Desempeño paralelo de las profesiones de acróbata, buzo, jockey y domador de potros o fieras.

o) Práctica de los siguientes deportes o actividades peligrosas: Alpinismo o montañismo, paracaidismo, bunge jumping, rapel, rafting, buceo, esquí acuático o de montaña, kite surf, wakeboard, snowboard, caza, motonáutica, motocross, enduro, trial, travesías fuera de pista con vehículos motorizados (off road) y manipuleo de explosivos y/o armas o con exposición a radiaciones atómicas, salvo pacto en contrario.

p) En caso de accidentes derivados del uso de motonetas, motocicletas, motos, triciclos con motor y cuatriciclos cuando estos vehículos fueren una herramienta de trabajo o de uso comercial.

q) Acontecimientos catastróficos originados por la energía atómica.

Producido el fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de la póliza por cualquiera de las causas enunciadas en los incisos precedentes, la póliza perderá su vigencia inmediatamente, quedando el Asegurador liberado de abonar los capitales asegurados.

HECHOS CATASTRÓFICOS

Cláusula 4 - Cuando ante un hecho catastrófico, las autoridades competentes dictaren normas específicas de aplicación respecto de los derechos y obligaciones del Asegurado y/o el Contratante y/o del Asegurador, dichas normas prevalecerán sobre las disposiciones de la presente póliza.

DURACIÓN DEL SEGURO - RENOVACIÓN

Cláusula 5 - Esta Póliza adquiere fuerza legal desde las CERO (0) horas del día fijado como comienzo de su vigencia.

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
SEGURO DE VIDA COLECTIVO	51192	3	Desde las 00 Hs. del 07/01/2025 Hasta las 00 Hs. del 22/07/2025

CLAUSULAS APLICABLES

Con independencia de la frecuencia de facturación establecida en las Condiciones Particulares, el presente seguro tendrá la duración de un año, a partir de la fecha indicada en las Condiciones Particulares como inicio de su vigencia renovándose en forma automática por sucesivos períodos anuales salvo que el Contratante o el Asegurador manifestaran expresamente su voluntad de no renovar con una anticipación de TREINTA (30) días al vencimiento de cada anualidad.

PERSONAS NO ASEGURABLES

Cláusula 6 - De conformidad con las disposiciones de la Ley Nº 17.418, este seguro no es extensivo a los interdictos y los menores de 14 años de edad. Tampoco son asegurables:
a) Las personas que excedan Edad Máxima de Ingreso establecida en las Condiciones Particulares.
) Los empleados que trabajen en forma temporal o estacional.
c) Los dependientes de la Administración Pública Nacional, Provincial o Municipal, excepto que por acto expreso se los incluya en la misma o en el régimen de las convenciones colectivas de trabajo.
d) Los trabajadores del servicio doméstico.
e) Los trabajadores agrarios.

CONDICIONES DE ADHESIÓN

Cláusula 7 -

1) Las condiciones de adhesión serán las que figuren en la Solicitud de Seguro suscripta por el Contratante, las que se cumplimentarán mediante la Solicitud de Adhesión Individual proporcionada por el Asegurador, con o sin declaración de estado de salud y, en su caso, reconocimiento médico. Dichas condiciones serán estipuladas en las Condiciones Particulares y en el Certificado Incorporación Individual.
2) Todo asegurable que desee incorporarse a esta póliza, deberá solicitarlo por escrito en los formularios de Solicitud de Adhesión Individual, dentro de un plazo de 30 días a contar desde la fecha en que sea asegurable. Los asegurables que soliciten su incorporación a esta póliza después de transcurrido dicho plazo, como asimismo los que vuelvan a solicitar el seguro después de haberlo rescindido, deberán presentar pruebas de asegurabilidad satisfactorias para el Asegurador las que figurarán en las Condiciones Particulares y en el Certificado Incorporación Individual.
3) En caso de corresponder reconocimiento médico, el mismo deberá ser efectuado dentro de los QUINCE (15) días de su pedido por parte del Asegurador.
El Asegurador, dentro de los TREINTA (30) días de recibida la solicitud del seguro, hará saber al Asegurable la aceptación o rechazo de la misma. La no contestación por parte del Asegurador dentro del plazo establecido, significará que se aceptó la solicitud. Si la documentación recibida no resultare concluyente para la aceptación, el Asegurador podrá ampliar el plazo a SESENTA (60) días, a fin de confirmar la aceptación. En caso de ser rechazada, el Asegurador informará al Asegurable y al Contratante en forma fehaciente los motivos de tal decisión.

CERTIFICADOS INDIVIDUALES

Cláusula 8 - El Asegurador emitirá a nombre de cada dependiente Asegurado un Certificado de Incorporación Individual en el que constarán las principales disposiciones de este seguro. Tal certificado se entregará a cada Asegurado por intermedio del Contratante.
En caso de producirse una modificación que afecte el alcance de la cobertura brindada o a los capitales asegurados, el Asegurador otorgará un nuevo certificado que reemplazará a todos los emitidos anteriormente sobre la misma persona.

FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE CADA CERTIFICADO INDIVIDUAL

Cláusula 9 - El Certificado de Incorporación Individual de las personas asegurables que se hubieran incorporado a esta póliza hasta la CERO (0) hora del día fijado como comienzo de vigencia para la misma, comenzará a regir desde dicha hora y fecha.
El Certificado de Incorporación Individual de las personas asegurables que se incorporen a esta póliza con posterioridad al momento de su vigencia, regirá a partir de la CERO (0) hora del día primero del mes que siga a aquel en que el Asegurador reciba la documentación de ingreso o al día primero del mes que siga a la fecha de la aceptación de las pruebas de asegurabilidad si le fueron requeridas y ésta fecha fuere posterior.

RETICENCIA O FALSA DECLARACIÓN

Cláusula 10 - Esta póliza y los respectivos certificados individuales de incorporación han sido emitidos por el Asegurador sobre la base de las declaraciones suscriptas por el Tomador. Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Tomador o por los Asegurados, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiere impedido el contrato o la aceptación de las coberturas individuales, o hubiere modificado sus condiciones si el Asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato o los certificados de los Asegurados, según el caso.

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
SEGURO DE VIDA COLECTIVO	51192	3	Desde las 00 Hs. del 07/01/2025 Hasta las 00 Hs. del 22/07/2025

CLAUSULAS APLICABLES

Cuando la reticencia o falsedad sólo fuere imputable a una persona asegurada o a parte del núcleo total asegurado, el Asegurador podrá rescindir íntegramente el contrato si no lo hubiese celebrado en las mismas condiciones respecto de las restantes personas aseguradas.
Si el Asegurador ejerce su derecho de rescindir el contrato respecto de una parte de las personas aseguradas, el Contratante podrá rescindir en lo restante. En ese caso corresponderá en cuanto a la prima, aplicar las disposiciones del Artículo 41 de la Ley Nº 17.418. La misma regla es aplicable cuando el Asegurador se libera por esta causa.
Cuando la reticencia no dolosa fuere alegada en el plazo de TRES (3) meses de haber conocido la reticencia o falsedad, el Asegurador, a su exclusivo juicio, podrá anular el contrato restituyendo la prima percibida con deducción de los gastos, o reajustarla con la conformidad del Contratante 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 cualquiera de ambos casos, de ocurrir un siniestro durante el plazo para impugnar, el Asegurador no adeudará prestación alguna.
Si la reticencia no fuera dolosa y se alegara en el plazo establecido después de ocurrido el siniestro, el Asegurador reducirá la prestación debida en función del verdadero estado del riesgo.
En los casos de reticencia en los que corresponda un reajuste de la prima, la diferencia deberá ser pagada dentro del mes de comunicada al Contratante.

CARÁCTER Y OBJETO DEL SEGURO

Cláusula 11 - El presente seguro es de carácter obligatorio, debiendo incorporarse al seguro todas las personas, dependientes del Contratante, siempre y cuando no se encuentren dentro de la Cláusula 6 Personas no Asegurables de la Condición General

CAPITALES ASEGURADOS

Cláusula 12 - La presente Póliza cubre las obligaciones legales del Contratante que surgen de los Artículos 248 y 254 la Ley 20744 a tales efectos los capitales Asegurados para cada cobertura serán los que resulten por aplicación de los incisos a) y b) siguientes, sin superar el Capital Máximo indicado en el Frente de Póliza y/o en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Incorporación Individual:
a) Cobertura de Muerte: El Capital Asegurado por cada dependiente se determinará computando medio sueldo por cada año de servicio o fracción mayor de TRES (3) meses. Los únicos conceptos que formarán base del cálculo para la determinación del capital asegurado individual serán los conceptos sujetos a aporte previsional, salvo que entre el Asegurador y el Tomador del Seguro se hubieren acordado otros conceptos, los que deberán figurar expresamente en el Frente de Póliza y/o en las Condiciones Particulares.

b) Cobertura de Invalidez Total y Permanente: El Capital Asegurado por cada dependiente se será el doble del capital de muerte estipulado en el inciso a)

El Contratante deberá informar la mejor remuneración mensual, normal y habitual devengada para cada contratante durante el último año o durante el tiempo de prestación de servicios si éste fuera menor.
El Contratante deberá informar al Asegurador respecto de cualquier modificación que afecte a la suma asegurada (remuneración y antigüedad en el empleo), caso contrario el capital asegurado aplicable en caso de siniestro será aquél que se hubiera facturado en el mes de ocurrencia del mismo.
Para que los capitales asegurados entren en vigor, es condición indispensable que, a la fecha en que deba comenzar su vigencia, el Asegurado forme parte del grupo asegurable de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula 6 de las presentes Condiciones Generales.

PRIMAS DEL SEGURO

Cláusula 13 - La tasa de prima media inicial por mil de capital asegurado inserta en las Condiciones Particulares regirá durante el primer año de vigencia del seguro. Dicha tasa de prima media podrá ser ajustada en cada aniversario de la póliza por el Asegurador, quien comunicará por escrito al Contratante la nueva tasa de prima media resultante, con una anticipación no menor de TREINTA (30) días a la fecha del aniversario en que comience a regir la misma.
La tasa de prima media se aplicará sin ninguna discriminación de edades a todos los Asegurados.
La tasa de prima media resultará de aplicar la tarifa del Asegurador correspondiente a la edad alcanzada y al capital asegurado de cada uno de los empleados en servicios activos del Contratante, y de dividir la suma correspondiente por el total de los capitales asegurados.
En cualquier momento en que se produzca una variación superior al veinticinco por ciento (25%) en la cantidad de asegurados y/o en el importe total de Capitales Asegurados por todos los empleados, el Contratante o el Asegurador podrán exigir un nuevo cálculo de la tasa de prima promedio, la que regirá hasta el próximo aniversario de esta póliza.
El importe de las primas a pagar por el Contratante resultará de multiplicar la tasa de prima media por el total de los

capitales asegurados vigentes.
El Contratante pagará primas anuales, semestrales, cuatrimestrales, trimestrales o mensuales, durante todo el plazo de vigencia de la cobertura, según se indique en las Condiciones Particulares.

FORMA DE PAGO DE LAS PRIMAS

Cláusula 14 - Las primas de este seguro son pagaderas por adelantado, debiendo ser abonadas por el Contratante contra entrega de la póliza, certificado o instrumento provisional de cobertura, conforme la fecha de vencimiento establecida en las Condiciones Particulares.
Si el pago de las primas no se efectuara oportunamente, el Asegurador sólo concederá un plazo de gracia conforme a lo previsto en la Cláusula 16 de las presentes Condiciones Generales.
l Contratante deberá abonar por adelantando las primas correspondiente al mes en que se incorporen al empleo nuevos dependientes, si el pago fuera mensual, o las correspondientes al lapso comprendido entre el mes de su incorporación y la finalización del período establecido para el pago de primas.
Idéntico procedimiento se observará en los casos en que se incremente el Capital Asegurado de cada dependiente.
Cuando se produzca el egreso del Asegurado, el Asegurador reintegrará al Contratante la prima de riesgo no corrido correspondiente.

PLAZO DE GRACIA

Cláusula 15 - Para el pago de las primas se acuerda un plazo de gracia de UN (1) mes no inferior a TREINTA (30) días corridos desde la fecha de vencimiento de las mismas, lapso durante el cual la póliza mantendrá su plena vigencia, si dentro de dicho lapso se produjera el fallecimiento de uno o más de los Asegurados, la prima correspondiente al seguro de los fallecidos deberá ser pagada por el Contratante con la de los Asegurados sobrevivientes.
Para el pago de la primera prima, el plazo de gracia se contará desde la fecha de entrada en vigencia de esta póliza.
Para el pago de las primas siguientes, dicho plazo de gracia correrá a partir de las CERO (00) horas del día en que venza cada uno.

FALTA DE PAGO DE LAS PRIMAS

Cláusula 16 - Vencido cualquiera de los plazos del pago de las primas y una vez transcurrido el plazo de gracia, sin que el pago se haya producido, esta póliza caducará automáticamente, pero el Contratante adeudará al Asegurador la prima correspondiente al mes de gracia, salvo que dentro de dicho plazo hubiese solicitado por escrito su rescisión, en cuyo caso deberá pagar una prima calculada a prorrata por los días transcurridos desde el vencimiento de la prima impaga hasta la fecha de envío de tal solicitud.

BENEFICIARIO

Cláusula 17 - En virtud que las primas se encuentran en su totalidad a cargo del Contratante y que el objeto del presente seguro que tiene por finalidad proveer al Contratante de los recursos necesarios para hacer frente a las erogaciones que deba por aplicación del los artículo 248 y 254 de la Ley 20.744, se instituye como beneficiario al Contratante.

COMPROBACIÓN DEL FALLECIMIENTO

Cláusula 18 - Ocurrido el fallecimiento de un Asegurado durante la vigencia de esta póliza y de su respectivo Certificado de Incorporación Individual, el Contratante comunicará al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los CINCO (5) días de conocerlo, bajo pena de perder el derecho a indemnizarlo, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia (Arts. 46 y 47 - L. de S.).
El Contratante está obligado a suministrar al Asegurador, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo, la prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministre, y a permitirle al Asegurador las indagaciones necesarias a tales fines (Art. 46 - L. de S.).
Sin perjuicio de la información a que se refiere el párrafo anterior, el Contratante deberá remitir junto con la respectiva comunicación de denuncia de siniestro por muerte, los siguientes elementos:
a) El certificado médico de la defunción en original o copia certificada por escribano.
b) Constancia de CUIL del trabajador.
c) Copia de la nómina de empleados correspondiente al mes de ocurrencia del fallecimiento.
d) Copia certificada por el empleador del último recibo de haberes o liquidación final.
e) Copia certificada por el empleador del último recibo de haberes firmado por el empleado fallecido.
f) Constancias de haber abonado a los deudos del dependiente fallecido el importe correspondiente al cese de la relación

laboral por fallecimiento establecido en el artículo 248 de la Ley 20.744.

COMPROBACIÓN DE LA INVALIDEZ

Cláusula 19 - El Contratante comunicará al Asegurador la existencia de la dentro de los CINCO (5) días de conocerlo, bajo pena de perder el derecho a indemnizarlo, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia (Arts. 46 y 47 - L. de S.). La determinación del estado de Invalidez a cargo del Asegurador, resultará imprescindible para establecer la procedencia del beneficio en todos los casos.
El Contratante está obligado a suministrar al Asegurador, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo, la prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministre, y a permitirle al Asegurador las indagaciones necesarias a tales fines (Art. 46 - L. de S.).
Sin perjuicio de la información a que se refiere el párrafo anterior, el Contratante deberá remitir junto con la respectiva comunicación de denuncia de siniestro por invalidez, los siguientes elementos:
a) Constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas.
b) Constancia de CUIL del trabajador.
c) Copia de la nómina de empleados correspondiente al mes de ocurrencia del fallecimiento.
d) Copia certificada por el empleador del último recibo de haberes o liquidación final.
e) Copia certificada por el empleador del último recibo de haberes firmado por el empleado fallecido.
f) Facilitar cualquier comprobación, incluso hasta dos exámenes médicos por facultativos designados por el Asegurador y con gastos a cargo de éste.
g) Constancias de haber abonado al Asegurado el importe correspondiente al cese de la relación laboral por invalidez total y permanente establecida en el artículo 254 de la Ley 20.744.

PLAZO DE PRUEBA

Cláusula 20 - El Asegurador dentro de los QUINCE (15) días de recibida la denuncia y/o constancias a que se refieren las Cláusulas 18 y 19, contados desde la fecha que sea posterior, deberá hacer saber al Asegurado la aceptación, postergación o rechazo del otorgamiento del beneficio. Si las comprobaciones a que se refiere la Cláusula 19 - Comprobación de la Invalidez, de no resultaran concluyentes, el Asegurador podrá ampliar el plazo de prueba por un término no mayor de TRES (3) meses a fin de confirmar el diagnóstico.
La no contestación por parte del Asegurador dentro del plazo establecido, significará automáticamente el reconocimiento de los beneficios reclamados.

VALUACIÓN POR PERITOS

Cláusula 21 - Si no hubiera acuerdo entre las partes sobre la naturaleza del diagnóstico, la misma será analizada por dos peritos 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 omitiera designar médico dentro del octavo día de requerido por la otra o si el tercer facultativo no fuere electo en el plazo estipulado en el primer párrafo, la parte más diligente, previa intimación a la otra, procederá a su designación.
Los honorarios y los gastos de los médicos de las partes estarán a su respectivo cargo y los del tercero serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo, salvo el caso de equidistancia en que se pagará por mitades entre las partes.

OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

Cláusula 22 - Son obligaciones del Contratante:
a) Suministrar respecto de cada dependiente su fecha de nacimiento, fecha de ingreso al empleo, sueldo y sus modificaciones y/o actualizaciones.
b) Comunicar al Asegurador en los formularios que éste le suministre, el fallecimiento de cualquier Asegurado.
c) Entregar al Asegurado el Certificado de Incorporación Individual.
d) Comunicar mensual y regularmente, dentro de los DIEZ (10) primeros días de cada mes, las altas y bajas de las personas aseguradas y toda otra variación atinente al seguro, enviando la documentación correspondiente.
e) Proporcionar al Asegurador toda información que éste le requiera con motivo de la aplicación del seguro;
f) El pago de la prima.
g) Incluir en el seguro a todo su personal en relación de dependencia de conformidad con la Ley 20.744;
h) Hacer saber al Asegurador cualquier cambio de denominación o domicilio.
i) Notificar a los Asegurados aquellas modificaciones que afecten el alcance de la cobertura brindada, a través de la distribución de certificados suplementarios oportunamente emitidos por el Asegurador o a través de cualquier otro medio

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
SEGURO DE VIDA COLECTIVO	51192	3	Desde las 00 Hs. del 07/01/2025 Hasta las 00 Hs. del 22/07/2025

CLAUSULAS APLICABLES

fehaciente que pudiera acordarse entre las partes.
A los efectos señalados en los apartados anteriores, el Contratante deberá remitir en cada caso al Asegurador la documentación pertinente debidamente diligenciada.

RESCISIÓN DE ESTA PÓLIZA

Cláusula 23 - Sin perjuicio de las demás causales de rescisión y caducidad ya previstas, esta póliza podrá ser rescindida por el Contratante sin limitación alguna.
El Asegurador sólo podrá optar por la no renovación comunicando por escrito al Contratante su decisión, con una anticipación no menor a 30 días al vencimiento de la póliza.
En caso de producirse la rescisión de la póliza, caducarán simultáneamente todos los certificados individuales de incorporación que se hubieren emitido con relación a ésta y el Asegurador quedará libre de toda responsabilidad u obligación por siniestros ocurridos después de dicha rescisión sin perjuicio del cumplimiento de las obligaciones pendientes a cargo del Asegurador en ese momento.

RESCISION DE LOS CERTIFICADOS INDIVIDUALES

Cláusula 24 - El Certificado de Incorporación Individual de cada Asegurado quedará rescindido y sin valor alguno en los siguientes casos:
a) Por dejar el Asegurado Titular de estar vinculado con el Contratante en las condiciones requeridas como Persona Asegurable.
b) Por fallecimiento del asegurado
c) Por haber superado, el Asegurado, la edad máxima de permanencia en el seguro indicada en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Incorporación Individual.
) Por rescisión, caducidad o cancelación de la presente póliza.
e) Por falta de pago de primas de acuerdo con lo estipulado en las Cláusulas 14, 15 y 16 de las presentes Condiciones Generales.
f) Por haberle sido otorgado el beneficio de Incapacidad Total y Permanente.
El caso previsto en el inciso a) deberá ser comunicado al Asegurador por intermedio el Contratante, dentro de los TREINTA (30) días corridos desde la fecha en la cual se produjeron dicho evento.
La rescisión de los Certificados Individuales operará al término del mes por el cual se hubieren descontado primas, y se devolverá la prima no ganada, si la hubiere, correspondiente a los Certificados Individuales rescindidos.
En cualquier caso de rescisión o caducidad de esta póliza caducarán simultáneamente todos los Certificados Individuales cubiertos por ella, salvo las obligaciones pendientes a cargo del Asegurador.
No se considerará terminación del empleo a los efectos de la caducidad de los certificados individuales la suspensión en el servicio activo a causa de enfermedad.

NOMINA DE ASEGURADOS

Cláusula 25 - El Asegurador entregará al Contratante, al momento de emitir la póliza, una nómina de los Asegurados con las respectivas sumas aseguradas y periódicamente listas adicionales de modificación por el ingreso y/o egreso de Asegurados y/o por el aumento o reducción de capitales asegurados.

AGRAVACIÓN DEL RIESGO

Cláusula 26 - El Asegurado debe denunciar al Asegurador las agravaciones del riesgo asumido causadas por un hecho suyo, antes de que se produzcan, y las debidas a un hecho ajeno, inmediatamente después de conocerlas.
Se debe denunciar la agravación del riesgo que obedezca a motivos específicamente previstos en el contrato.
Se entiende por agravación del riesgo asumido, la que si hubiese existido al tiempo de la celebración, hubiera impedido este contrato o modificado sus condiciones. Se considera agravación del riesgo únicamente las que provengan de la modificación de la profesión o actividad del Asegurado.
La denuncia inexacta de la edad sólo autoriza la rescisión por el Asegurador, cuando la verdadera edad exceda la edad máxima de permanencia en el seguro indicada en las Condiciones Particulares. Cuando la edad real sea mayor, sin exceder la edad máxima de permanencia en el seguro, el capital asegurado se reducirá conforme con la edad real y la prima pagada. Cuando la edad real sea menor, se reajustarán las primas futuras.

CÓMPUTO DE LOS PLAZOS

Cláusula 27 - Todos los plazos de días indicados en la presente póliza, se computarán corridos, salvo disposición expresa en contrario.

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
SEGURO DE VIDA COLECTIVO	51192	3	Desde las 00 Hs. del 07/01/2025 Hasta las 00 Hs. del 22/07/2025

CLAUSULAS APLICABLES

DUPLICADO DE PÓLIZA Y COPIA

Cláusula 28 - El Contratante, podrán solicitar en cualquier momento durante la vigencia de la cobertura, copia o duplicado de la póliza. Una vez emitido el duplicado, el original pierde todo valor. Las modificaciones efectuadas después de emitido el duplicado serán las únicas válidas.
El Contratante tiene derecho a que se le entregue copia de las declaraciones efectuadas para la celebración del contrato y copia no negociable de la póliza.

IMPUESTOS, TASAS Y CONTRIBUCIONES

Cláusula 29 - Los impuestos, tasas y contribuciones de cualquier índole y jurisdicción que puedan crearse en lo sucesivo o los aumentos eventuales de los existentes, estarán a cargo del Contratante, de los Asegurados, de sus beneficiarios o de sus herederos, según el caso, salvo cuando la ley los declare expresamente a cargo exclusivo del Asegurador.

FACULTADES DEL PRODUCTOR O AGENTE

Cláusula 30 - El productor o agente de seguros, cualquiera sea su vinculación con el Asegurador, autorizado por éste para la intermediación, sólo está facultado con respecto a las operaciones en las cuales interviene para:
a) Recibir propuesta de celebración y modificación de contratos de seguro;
b) Entregar los instrumentos emitidos por el Asegurador, referentes a contratos o sus prórrogas;

DOMICILIO

Cláusula 31 - El domicilio en el que las partes deben efectuar las denuncias, declaraciones y demás comunicaciones previstas en este contrato o en la Ley de Seguros Nº 17.418 es el último declarado por ellas.

JURISDICCIÓN

Cláusula 32 - Toda controversia judicial que se plantee en relación al presente contrato, se substanciará a opción del Asegurado, ante los jueces competentes del domicilio del Asegurado o el lugar de ocurrencia del siniestro, siempre que sea dentro de los límites de la República Argentina.
Sin perjuicio de ello, el Asegurado o sus derecho-habientes, podrá presentar sus demandas contra el Asegurador ante los tribunales competentes del domicilio de la sede central o sucursal donde se emitió la póliza e igualmente se tramitarán ante ellos las acciones judiciales relativas al cobro de primas.

CESIÓN DE DERECHOS

Cláusula 33 - Los derechos emergentes de esta póliza y los certificados de incorporación son intransferibles, por lo tanto cualquier cesión se considerará nula y sin valor alguna.

MONEDA DEL CONTRATO

Cláusula 34 - Todos los compromisos que se originaren con relación al presente contrato deberán ser abonados en la moneda de curso legal en la República Argentina.

VCMP01 - MEDIOS DE PAGO

Artículo 1 - Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes:

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

COPIA DE PÓLIZA ORIGINAL 07/01/2025

Emitida en CAPITAL FEDERAL el día 7 de Enero de 2025

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
SEGURO DE VIDA COLECTIVO	51192	3	Desde las 00 Hs. del 07/01/2025 Hasta las 00 Hs. del 22/07/2025

CLAUSULAS APLICABLES

e) Cuando la percepción de premios se materialice a través del SISTEMA UNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo.

Artículo 2 - Los productores asesores de seguros Ley N° 22.400 deberán ingresar el producido de la cobranza de premios a través de los medios detallados en el Artículo 1° de la presente Cláusula.

_____

GALENO VIDA

COMPROBANTE

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
SEGURO DE VIDA COLECTIVO	51192	3	Desde las 00 Hs. del 07/01/2025 Hasta las 00 Hs. del 22/07/2025

Datos del Asegurado

Nombre y Apellido / Razón Social : MAS ACTIVOS SA
Domicilio : AV. LUIS MARIA CAMPOS 1464 P. 5 Dpto. B
Localidad: CAPITAL FEDERAL
CUIT : 30711883114
Provincia : CDAD.DE BUENOS AIRES
Condición de IVA: IVA RESPONSABLE INSCRIPTO

FACTURA

Código de pago Banelco: 1800051192000000038

Condición de IVA de la Operación: IVA RESPONSABLE INSCRIPTO

MOTIVO: ENDOSOS - MODIFICACION DE NOMINA

CAPITAL FEDERAL, 07/01/2025

PRIMA : $ 48.958,78
REC.FIN : $ 0,00
IVA TASA : 0,00 RG 3337 : $ 0,00 IVA RFI : 0,00
IMP+SELL : $ 293,75
PERC.IB : $ 415,77
PREMIO : $ 49.668,30

CUOTA	FEC.VENCTO.	IMPORTE	OBSERVACIONES
1	06/02/2025	8.279,70	. . . . .
2	06/03/2025	8.277,72	. . . . .
3	06/04/2025	8.277,72	. . . . .
4	06/05/2025	8.277,72	. . . . .
5	06/06/2025	8.277,72	. . . . .
6	06/07/2025	8.277,72	. . . . .

Comprobante exento del cumplimiento de las formalidades del régimen de facturación y registración (Resolución General AFIP Nº 1415/03 - Anexo I)

DEBITO AUTOMATICO : C.B.U.
Percepción IIBB Correspondiente a Jurisdicción BUENOS AIRES $48,58, Jurisdicción CDAD.DE BUENOS AIRES $367,19.

ORG. : 74967 - DONDO, GABRIEL BARTOLOME
PROD. : 74967 - DONDO, GABRIEL BARTOLOME
PLAN : ABIER - PLANES ABIERTOS

RIESGO : LEY DE CONTRATO DE TRABAJO SEGURO A MEDIDA

Importante: En la fecha de vencimiento para el pago arriba indicado se deberá abonar el total del premio o la cuota inicial del plan de pago que se hubiera acordado, según se detalla en esta factura y/o "Cláusula de Cobranza del Premio". De acuerdo a lo establecido en dicha cláusula, el riesgo por esta póliza quedará automáticamente sin cobertura por la simple mora en cualquiera de los pagos convenidos.

GALENO VIDA

SEGURO DE VIDA COLECTIVO

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCORPORACIÓN

N° de Certificado 000304 CUIP: 08782030020000000000000000000051192000000000031530711883114 6-10000092334100000923340000 06

Datos del Tomador

Contratado por	Póliza Nº	Endoso Nº	Inicio Vigencia Póliza	Fin Vigencia Póliza
MAS ACTIVOS SA	00051192	00000003	22/07/2024	22/07/2025

Dirección: AV. LUIS MARIA CAMPOS 1464 P. 5 DPTO. B
1426 - CAPITAL FEDERAL, CDAD.DE BUENOS AIRES

CUIT
30711883114

Datos Personales del Asegurado

	Fecha Nacimiento	Tipo y Nº de Documento
GARCIA, CAMILA	07/08/2005	CUIL 27466345399

Inicio de Vigencia de la cobertura: desde las cero horas del 07/01/2025 hasta su cancelación.

Tipo de Póliza: LEY DE CONTRATO DE TRABAJO SEGURO A MEDIDA

Detalle de las Coberturas	Capital Asegurado	Edad Máxima de cobertura
FALLECIMIENTO	$ 331.113,00	70
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (LCT)	$ 662.226,00	65

MONEDA	PRIMA PURA	GASTOS ADQUISICIÓN	GASTOS EXPLOTACIÓN	PRIMA	REC. FINANCIERO	SUB TOTAL
$	445,40	185,58	111,35	742,33	0,00	742,33

T.SUP. + S.S.	SELL.	I.V.A.	R.G.	IVA RFI	I.BRUTOS	LEY 26363	PREMIO
4,45	0,00	0,00	0,00	0,00	5,57	0,00	753,09

Beneficiarios

EL TOMADOR HASTA EL LIMITE DE SU RESPONSABILIDAD.

Emitido en CAPITAL FEDERAL, 07 de Enero de 2025

Comunicación al asegurado: El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Los Asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (CP 1067), Ciudad de Buenos Aires; por teléfono al 4338 4000 (líneas rotativas), en el horario de 10:30 a 17:30; o vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gov.ar.

Señor Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o si designación errónea, puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad.

ADVERTENCIA AL ASEGURADO: De conformidad con lo establecido en la Cláusula de Rescisión del Certificado Individual de las Condiciones Generales, dicho certificado quedará rescindido y sin valor alguno en los siguientes casos:

a) Por renuncia del Asegurado a continuar en el seguro.
b) Por dejar el Asegurado Titular de estar vinculado con el Contratante en las condiciones requeridas como Persona Asegurable.
c) Por haber superado la edad máxima de permanencia indicada en el presente Certificado.
d) Por rescisión, caducidad o cancelación de póliza.
e) Por falta de pago de primas de acuerdo con lo estipulado en póliza.
f) Por haberle sido otorgado el beneficio de Incapacidad Total y Permanente.

Diego Sobrini
Gerente General
Galeno Seguros S.A.

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

Se presumirá que un Asegurado ha renunciado a continuar con el seguro, sin admitirse prueba en contrario, cuando al mismo no se le efectúe el descuento correspondiente a la prima de este seguro y no se ingrese al Asegurador dicho importe en la forma y plazo previstos en la póliza.

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

Datos del Tomador

Contratado por	Póliza Nº	Endoso Nº	Inicio Vigencia Póliza	Fin Vigencia Póliza
MAS ACTIVOS SA	00051192	00000003	22/07/2024	22/07/2025

Dirección: AV. LUIS MARIA CAMPOS 1464 P. 5 DPTO. B
1426 - CAPITAL FEDERAL, CDAD.DE BUENOS AIRES

CUIT
30711883114

Datos Personales del Asegurado

	Fecha Nacimiento	Tipo y Nº de Documento
CHAZARRETA , MARIELA	29/03/1987	CUIL 27329448792

Inicio de Vigencia de la cobertura: desde las cero horas del 07/01/2025 hasta su cancelación.

Tipo de Póliza: LEY DE CONTRATO DE TRABAJO SEGURO A MEDIDA

Detalle de las Coberturas	Capital Asegurado	Edad Máxima de cobertura
FALLECIMIENTO	$ 429.808,00	70
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (LCT)	$ 859.616,00	65

MONEDA	PRIMA PURA	GASTOS ADQUISICIÓN	GASTOS EXPLOTACIÓN	PRIMA	REC. FINANCIERO	SUB TOTAL
$	578,15	240,90	144,54	963,59	0,00	963,59

T.SUP. + S.S.	SELL.	I.V.A.	R.G.	IVA RFI	I.BRUTOS	LEY 26363	PREMIO
5,78	0,00	0,00	0,00	0,00	7,23	0,00	977,55

Beneficiarios

EL TOMADOR HASTA EL LIMITE DE SU RESPONSABILIDAD.

Emitido en CAPITAL FEDERAL, 07 de Enero de 2025
Comunicación al asegurado: El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Los Asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (CP 1067), Ciudad de Buenos Aires; por teléfono al 4338 4000 (líneas rotativas), en el horario de 10:30 a 17:30; o vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gov.ar.

Señor Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o si designación errónea, puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad.
ADVERTENCIA AL ASEGURADO: De conformidad con lo establecido en la Cláusula de Rescisión del Certificado Individual de las Condiciones Generales, dicho certificado quedará rescindido y sin valor alguno en los siguientes casos:
a) Por renuncia del Asegurado a continuar en el seguro.
b) Por dejar el Asegurado Titular de estar vinculado con el Contratante en las condiciones requeridas como Persona Asegurable.
c) Por haber superado la edad máxima de permanencia indicada en el presente Certificado.
d) Por rescisión, caducidad o cancelación de póliza.
e) Por falta de pago de primas de acuerdo con lo estipulado en póliza.
f) Por haberle sido otorgado el beneficio de Incapacidad Total y Permanente.

Diego Sobrini
Gerente General
Galeno Seguros S.A.

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

Se presumirá que un Asegurado ha renunciado a continuar con el seguro, sin admitirse prueba en contrario, cuando al mismo no se le efectúe el descuento correspondiente a la prima de este seguro y no se ingrese al Asegurador dicho importe en la forma y plazo previstos en la póliza.

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

Datos del Tomador

Contratado por	Póliza Nº	Endoso Nº	Inicio Vigencia Póliza	Fin Vigencia Póliza
MAS ACTIVOS SA	00051192	00000003	22/07/2024	22/07/2025

Dirección: AV. LUIS MARIA CAMPOS 1464 P. 5 DPTO. B
1426 - CAPITAL FEDERAL, CDAD.DE BUENOS AIRES

CUIT
30711883114

Datos Personales del Asegurado

	Fecha Nacimiento	Tipo y Nº de Documento
MAIOCCHI, MELANY MILAGROS	31/05/2003	CUIL 27448700971

Inicio de Vigencia de la cobertura: desde las cero horas del 07/01/2025 hasta su cancelación.

Tipo de Póliza: LEY DE CONTRATO DE TRABAJO SEGURO A MEDIDA

Detalle de las Coberturas	Capital Asegurado	Edad Máxima de cobertura
FALLECIMIENTO	$ 342.558,00	70
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (LCT)	$ 685.116,00	65

MONEDA	PRIMA PURA	GASTOS ADQUISICIÓN	GASTOS EXPLOTACIÓN	PRIMA	REC. FINANCIERO	SUB TOTAL
$	460,79	192,00	115,20	767,99	0,00	767,99

T.SUP. + S.S.	SELL.	I.V.A.	R.G.	IVA RFI	I.BRUTOS	LEY 26363	PREMIO
4,61	0,00	0,00	0,00	0,00	5,76	0,00	779,12

Beneficiarios

EL TOMADOR HASTA EL LIMITE DE SU RESPONSABILIDAD.

Emitido en CAPITAL FEDERAL, 07 de Enero de 2025
Comunicación al asegurado: El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Los Asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (CP 1067), Ciudad de Buenos Aires; por teléfono al 4338 4000 (líneas rotativas), en el horario de 10:30 a 17:30; o vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gov.ar.

Señor Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o si designación errónea, puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad.
ADVERTENCIA AL ASEGURADO: De conformidad con lo establecido en la Cláusula de Rescisión del Certificado Individual de las Condiciones Generales, dicho certificado quedará rescindido y sin valor alguno en los siguientes casos:
a) Por renuncia del Asegurado a continuar en el seguro.
b) Por dejar el Asegurado Titular de estar vinculado con el Contratante en las condiciones requeridas como Persona Asegurable.
c) Por haber superado la edad máxima de permanencia indicada en el presente Certificado.
d) Por rescisión, caducidad o cancelación de póliza.
e) Por falta de pago de primas de acuerdo con lo estipulado en póliza.
f) Por haberle sido otorgado el beneficio de Incapacidad Total y Permanente.

Diego Sobrini
Gerente General
Galeno Seguros S.A.

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

Se presumirá que un Asegurado ha renunciado a continuar con el seguro, sin admitirse prueba en contrario, cuando al mismo no se le efectúe el descuento correspondiente a la prima de este seguro y no se ingrese al Asegurador dicho importe en la forma y plazo previstos en la póliza.

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

Datos del Tomador

Contratado por	Póliza Nº	Endoso Nº	Inicio Vigencia Póliza	Fin Vigencia Póliza
MAS ACTIVOS SA	00051192	00000003	22/07/2024	22/07/2025

Dirección: AV. LUIS MARIA CAMPOS 1464 P. 5 DPTO. B
1426 - CAPITAL FEDERAL, CDAD.DE BUENOS AIRES

CUIT
30711883114

Datos Personales del Asegurado

	Fecha Nacimiento	Tipo y Nº de Documento
ANGELERI , PATRICIA	19/04/1985	CUIL 23313045714

Inicio de Vigencia de la cobertura: desde las cero horas del 07/01/2025 hasta su cancelación.

Tipo de Póliza: LEY DE CONTRATO DE TRABAJO SEGURO A MEDIDA

Detalle de las Coberturas	Capital Asegurado	Edad Máxima de cobertura
FALLECIMIENTO	$ 331.113,00	70
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (LCT)	$ 662.226,00	65

MONEDA	PRIMA PURA	GASTOS ADQUISICIÓN	GASTOS EXPLOTACIÓN	PRIMA	REC. FINANCIERO	SUB TOTAL
$	445,40	185,58	111,35	742,33	0,00	742,33

T.SUP. + S.S.	SELL.	I.V.A.	R.G.	IVA RFI	I.BRUTOS	LEY 26363	PREMIO
4,45	0,00	0,00	0,00	0,00	5,57	0,00	753,09

Beneficiarios

EL TOMADOR HASTA EL LIMITE DE SU RESPONSABILIDAD.

Emitido en CAPITAL FEDERAL, 07 de Enero de 2025
Comunicación al asegurado: El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Los Asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (CP 1067), Ciudad de Buenos Aires; por teléfono al 4338 4000 (líneas rotativas), en el horario de 10:30 a 17:30; o vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gov.ar.

Señor Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o si designación errónea, puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad.
ADVERTENCIA AL ASEGURADO: De conformidad con lo establecido en la Cláusula de Rescisión del Certificado Individual de las Condiciones Generales, dicho certificado quedará rescindido y sin valor alguno en los siguientes casos:
a) Por renuncia del Asegurado a continuar en el seguro.
b) Por dejar el Asegurado Titular de estar vinculado con el Contratante en las condiciones requeridas como Persona Asegurable.
c) Por haber superado la edad máxima de permanencia indicada en el presente Certificado.
d) Por rescisión, caducidad o cancelación de póliza.
e) Por falta de pago de primas de acuerdo con lo estipulado en póliza.
f) Por haberle sido otorgado el beneficio de Incapacidad Total y Permanente.

Diego Sobrini
Gerente General
Galeno Seguros S.A.

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

Se presumirá que un Asegurado ha renunciado a continuar con el seguro, sin admitirse prueba en contrario, cuando al mismo no se le efectúe el descuento correspondiente a la prima de este seguro y no se ingrese al Asegurador dicho importe en la forma y plazo previstos en la póliza.

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

Datos del Tomador

Contratado por	Póliza Nº	Endoso Nº	Inicio Vigencia Póliza	Fin Vigencia Póliza
MAS ACTIVOS SA	00051192	00000003	22/07/2024	22/07/2025

Dirección: AV. LUIS MARIA CAMPOS 1464 P. 5 DPTO. B
1426 - CAPITAL FEDERAL, CDAD.DE BUENOS AIRES

CUIT
30711883114

Datos Personales del Asegurado

	Fecha Nacimiento	Tipo y Nº de Documento
ORELLANO, CINTIA	27/05/1983	CUIL 27301923444

Inicio de Vigencia de la cobertura: desde las cero horas del 07/01/2025 hasta su cancelación.

Tipo de Póliza: LEY DE CONTRATO DE TRABAJO SEGURO A MEDIDA

Detalle de las Coberturas	Capital Asegurado	Edad Máxima de cobertura
FALLECIMIENTO	$ 468.461,00	70
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (LCT)	$ 936.922,00	65

MONEDA	PRIMA PURA	GASTOS ADQUISICIÓN	GASTOS EXPLOTACIÓN	PRIMA	REC. FINANCIERO	SUB TOTAL
$	630,15	262,57	157,54	1.050,26	0,00	1.050,26

T.SUP. + S.S.	SELL.	I.V.A.	R.G.	IVA RFI	I.BRUTOS	LEY 26363	PREMIO
6,30	0,00	0,00	0,00	0,00	7,88	0,00	1.065,48

Beneficiarios

EL TOMADOR HASTA EL LIMITE DE SU RESPONSABILIDAD.

Emitido en CAPITAL FEDERAL, 07 de Enero de 2025
Comunicación al asegurado: El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Los Asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (CP 1067), Ciudad de Buenos Aires; por teléfono al 4338 4000 (líneas rotativas), en el horario de 10:30 a 17:30; o vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gov.ar.

Señor Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o si designación errónea, puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad.
ADVERTENCIA AL ASEGURADO: De conformidad con lo establecido en la Cláusula de Rescisión del Certificado Individual de las Condiciones Generales, dicho certificado quedará rescindido y sin valor alguno en los siguientes casos:
a) Por renuncia del Asegurado a continuar en el seguro.
b) Por dejar el Asegurado Titular de estar vinculado con el Contratante en las condiciones requeridas como Persona Asegurable.
c) Por haber superado la edad máxima de permanencia indicada en el presente Certificado.
d) Por rescisión, caducidad o cancelación de póliza.
e) Por falta de pago de primas de acuerdo con lo estipulado en póliza.
f) Por haberle sido otorgado el beneficio de Incapacidad Total y Permanente.

Diego Sobrini
Gerente General
Galeno Seguros S.A.

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

Se presumirá que un Asegurado ha renunciado a continuar con el seguro, sin admitirse prueba en contrario, cuando al mismo no se le efectúe el descuento correspondiente a la prima de este seguro y no se ingrese al Asegurador dicho importe en la forma y plazo previstos en la póliza.

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

Datos del Tomador

Contratado por	Póliza Nº	Endoso Nº	Inicio Vigencia Póliza	Fin Vigencia Póliza
MAS ACTIVOS SA	00051192	00000003	22/07/2024	22/07/2025

Dirección: AV. LUIS MARIA CAMPOS 1464 P. 5 DPTO. B
1426 - CAPITAL FEDERAL, CDAD.DE BUENOS AIRES

CUIT
30711883114

Datos Personales del Asegurado

	Fecha Nacimiento	Tipo y Nº de Documento
FLORENTIN CANO , SARA	05/08/1989	CUIL 27346228879

Inicio de Vigencia de la cobertura: desde las cero horas del 07/01/2025 hasta su cancelación.

Tipo de Póliza: LEY DE CONTRATO DE TRABAJO SEGURO A MEDIDA

Detalle de las Coberturas	Capital Asegurado	Edad Máxima de cobertura
FALLECIMIENTO	$ 357.918,00	70
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (LCT)	$ 715.836,00	65

MONEDA	PRIMA PURA	GASTOS ADQUISICIÓN	GASTOS EXPLOTACIÓN	PRIMA	REC. FINANCIERO	SUB TOTAL
$	481,46	200,61	120,36	802,43	0,00	802,43

T.SUP. + S.S.	SELL.	I.V.A.	R.G.	IVA RFI	I.BRUTOS	LEY 26363	PREMIO
4,81	0,00	0,00	0,00	0,00	6,02	0,00	814,06

Beneficiarios

EL TOMADOR HASTA EL LIMITE DE SU RESPONSABILIDAD.

Emitido en CAPITAL FEDERAL, 07 de Enero de 2025
Comunicación al asegurado: El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Los Asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (CP 1067), Ciudad de Buenos Aires; por teléfono al 4338 4000 (líneas rotativas), en el horario de 10:30 a 17:30; o vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gov.ar.

Señor Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o si designación errónea, puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad.
ADVERTENCIA AL ASEGURADO: De conformidad con lo establecido en la Cláusula de Rescisión del Certificado Individual de las Condiciones Generales, dicho certificado quedará rescindido y sin valor alguno en los siguientes casos:
a) Por renuncia del Asegurado a continuar en el seguro.
b) Por dejar el Asegurado Titular de estar vinculado con el Contratante en las condiciones requeridas como Persona Asegurable.
c) Por haber superado la edad máxima de permanencia indicada en el presente Certificado.
d) Por rescisión, caducidad o cancelación de póliza.
e) Por falta de pago de primas de acuerdo con lo estipulado en póliza.
f) Por haberle sido otorgado el beneficio de Incapacidad Total y Permanente.

Diego Sobrini
Gerente General
Galeno Seguros S.A.

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

Se presumirá que un Asegurado ha renunciado a continuar con el seguro, sin admitirse prueba en contrario, cuando al mismo no se le efectúe el descuento correspondiente a la prima de este seguro y no se ingrese al Asegurador dicho importe en la forma y plazo previstos en la póliza.

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

Datos del Tomador

Contratado por	Póliza Nº	Endoso Nº	Inicio Vigencia Póliza	Fin Vigencia Póliza
MAS ACTIVOS SA	00051192	00000003	22/07/2024	22/07/2025

Dirección: AV. LUIS MARIA CAMPOS 1464 P. 5 DPTO. B
1426 - CAPITAL FEDERAL, CDAD.DE BUENOS AIRES

CUIT
30711883114

Datos Personales del Asegurado

	Fecha Nacimiento	Tipo y Nº de Documento
BRITEZ , ANGIE SOLEDAD	11/06/1993	CUIL 27375400478

Inicio de Vigencia de la cobertura: desde las cero horas del 07/01/2025 hasta su cancelación.

Tipo de Póliza: LEY DE CONTRATO DE TRABAJO SEGURO A MEDIDA

Detalle de las Coberturas	Capital Asegurado	Edad Máxima de cobertura
FALLECIMIENTO	$ 331.113,00	70
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (LCT)	$ 662.226,00	65

MONEDA	PRIMA PURA	GASTOS ADQUISICIÓN	GASTOS EXPLOTACIÓN	PRIMA	REC. FINANCIERO	SUB TOTAL
$	445,40	185,58	111,35	742,33	0,00	742,33

T.SUP. + S.S.	SELL.	I.V.A.	R.G.	IVA RFI	I.BRUTOS	LEY 26363	PREMIO
4,45	0,00	0,00	0,00	0,00	5,57	0,00	753,09

Beneficiarios

EL TOMADOR HASTA EL LIMITE DE SU RESPONSABILIDAD.

Emitido en CAPITAL FEDERAL, 07 de Enero de 2025
Comunicación al asegurado: El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Los Asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (CP 1067), Ciudad de Buenos Aires; por teléfono al 4338 4000 (líneas rotativas), en el horario de 10:30 a 17:30; o vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gov.ar.

Señor Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o si designación errónea, puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad.
ADVERTENCIA AL ASEGURADO: De conformidad con lo establecido en la Cláusula de Rescisión del Certificado Individual de las Condiciones Generales, dicho certificado quedará rescindido y sin valor alguno en los siguientes casos:
a) Por renuncia del Asegurado a continuar en el seguro.
b) Por dejar el Asegurado Titular de estar vinculado con el Contratante en las condiciones requeridas como Persona Asegurable.
c) Por haber superado la edad máxima de permanencia indicada en el presente Certificado.
d) Por rescisión, caducidad o cancelación de póliza.
e) Por falta de pago de primas de acuerdo con lo estipulado en póliza.
f) Por haberle sido otorgado el beneficio de Incapacidad Total y Permanente.

Diego Sobrini
Gerente General
Galeno Seguros S.A.

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

Se presumirá que un Asegurado ha renunciado a continuar con el seguro, sin admitirse prueba en contrario, cuando al mismo no se le efectúe el descuento correspondiente a la prima de este seguro y no se ingrese al Asegurador dicho importe en la forma y plazo previstos en la póliza.

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

Datos del Tomador

Contratado por	Póliza Nº	Endoso Nº	Inicio Vigencia Póliza	Fin Vigencia Póliza
MAS ACTIVOS SA	00051192	00000003	22/07/2024	22/07/2025

Dirección: AV. LUIS MARIA CAMPOS 1464 P. 5 DPTO. B
1426 - CAPITAL FEDERAL, CDAD.DE BUENOS AIRES

CUIT
30711883114

Datos Personales del Asegurado

	Fecha Nacimiento	Tipo y Nº de Documento
ALZUGARAY , MARTINA BELEN	10/03/2004	CUIL 27458985656

Inicio de Vigencia de la cobertura: desde las cero horas del 07/01/2025 hasta su cancelación.

Tipo de Póliza: LEY DE CONTRATO DE TRABAJO SEGURO A MEDIDA

Detalle de las Coberturas	Capital Asegurado	Edad Máxima de cobertura
FALLECIMIENTO	$ 466.426,00	70
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (LCT)	$ 932.852,00	65

MONEDA	PRIMA PURA	GASTOS ADQUISICIÓN	GASTOS EXPLOTACIÓN	PRIMA	REC. FINANCIERO	SUB TOTAL
$	627,41	261,42	156,85	1.045,68	0,00	1.045,68

T.SUP. + S.S.	SELL.	I.V.A.	R.G.	IVA RFI	I.BRUTOS	LEY 26363	PREMIO
6,27	0,00	0,00	0,00	0,00	7,84	0,00	1.060,83

Beneficiarios

EL TOMADOR HASTA EL LIMITE DE SU RESPONSABILIDAD.

Emitido en CAPITAL FEDERAL, 07 de Enero de 2025
Comunicación al asegurado: El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Los Asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (CP 1067), Ciudad de Buenos Aires; por teléfono al 4338 4000 (líneas rotativas), en el horario de 10:30 a 17:30; o vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gov.ar.

Señor Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o si designación errónea, puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad.
ADVERTENCIA AL ASEGURADO: De conformidad con lo establecido en la Cláusula de Rescisión del Certificado Individual de las Condiciones Generales, dicho certificado quedará rescindido y sin valor alguno en los siguientes casos:
a) Por renuncia del Asegurado a continuar en el seguro.
b) Por dejar el Asegurado Titular de estar vinculado con el Contratante en las condiciones requeridas como Persona Asegurable.
c) Por haber superado la edad máxima de permanencia indicada en el presente Certificado.
d) Por rescisión, caducidad o cancelación de póliza.
e) Por falta de pago de primas de acuerdo con lo estipulado en póliza.
f) Por haberle sido otorgado el beneficio de Incapacidad Total y Permanente.

Diego Sobrini
Gerente General
Galeno Seguros S.A.

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

Se presumirá que un Asegurado ha renunciado a continuar con el seguro, sin admitirse prueba en contrario, cuando al mismo no se le efectúe el descuento correspondiente a la prima de este seguro y no se ingrese al Asegurador dicho importe en la forma y plazo previstos en la póliza.

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

Datos del Tomador

Contratado por	Póliza Nº	Endoso Nº	Inicio Vigencia Póliza	Fin Vigencia Póliza
MAS ACTIVOS SA	00051192	00000003	22/07/2024	22/07/2025

Dirección: AV. LUIS MARIA CAMPOS 1464 P. 5 DPTO. B
1426 - CAPITAL FEDERAL, CDAD.DE BUENOS AIRES

CUIT
30711883114

Datos Personales del Asegurado

	Fecha Nacimiento	Tipo y Nº de Documento
MACCARRONE, BIANCA	24/08/1999	CUIL 27421443101

Inicio de Vigencia de la cobertura: desde las cero horas del 07/01/2025 hasta su cancelación.

Tipo de Póliza: LEY DE CONTRATO DE TRABAJO SEGURO A MEDIDA

Detalle de las Coberturas	Capital Asegurado	Edad Máxima de cobertura
FALLECIMIENTO	$ 325.703,00	70
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (LCT)	$ 651.406,00	65

MONEDA	PRIMA PURA	GASTOS ADQUISICIÓN	GASTOS EXPLOTACIÓN	PRIMA	REC. FINANCIERO	SUB TOTAL
$	438,12	182,55	109,53	730,20	0,00	730,20

T.SUP. + S.S.	SELL.	I.V.A.	R.G.	IVA RFI	I.BRUTOS	LEY 26363	PREMIO
4,38	0,00	0,00	0,00	0,00	5,48	0,00	740,78

Beneficiarios

EL TOMADOR HASTA EL LIMITE DE SU RESPONSABILIDAD.

Emitido en CAPITAL FEDERAL, 07 de Enero de 2025
Comunicación al asegurado: El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Los Asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (CP 1067), Ciudad de Buenos Aires; por teléfono al 4338 4000 (líneas rotativas), en el horario de 10:30 a 17:30; o vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gov.ar.

Señor Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o si designación errónea, puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad.
ADVERTENCIA AL ASEGURADO: De conformidad con lo establecido en la Cláusula de Rescisión del Certificado Individual de las Condiciones Generales, dicho certificado quedará rescindido y sin valor alguno en los siguientes casos:
a) Por renuncia del Asegurado a continuar en el seguro.
b) Por dejar el Asegurado Titular de estar vinculado con el Contratante en las condiciones requeridas como Persona Asegurable.
c) Por haber superado la edad máxima de permanencia indicada en el presente Certificado.
d) Por rescisión, caducidad o cancelación de póliza.
e) Por falta de pago de primas de acuerdo con lo estipulado en póliza.
f) Por haberle sido otorgado el beneficio de Incapacidad Total y Permanente.



Diego Sobrini
Gerente General
Galeno Seguros S.A.

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

Se presumirá que un Asegurado ha renunciado a continuar con el seguro, sin admitirse prueba en contrario, cuando al mismo no se le efectúe el descuento correspondiente a la prima de este seguro y no se ingrese al Asegurador dicho importe en la forma y plazo previstos en la póliza.

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

Datos del Tomador

Contratado por	Póliza Nº	Endoso Nº	Inicio Vigencia Póliza	Fin Vigencia Póliza
MAS ACTIVOS SA	00051192	00000003	22/07/2024	22/07/2025

Dirección: AV. LUIS MARIA CAMPOS 1464 P. 5 DPTO. B
1426 - CAPITAL FEDERAL, CDAD.DE BUENOS AIRES

CUIT
30711883114

Datos Personales del Asegurado

	Fecha Nacimiento	Tipo y Nº de Documento
MU¿OZ, JUAN IGNACIO	22/07/1999	CUIL 23420267649

Inicio de Vigencia de la cobertura: desde las cero horas del 07/01/2025 hasta su cancelación.

Tipo de Póliza: LEY DE CONTRATO DE TRABAJO SEGURO A MEDIDA

Detalle de las Coberturas	Capital Asegurado	Edad Máxima de cobertura
FALLECIMIENTO	$ 331.113,00	70
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (LCT)	$ 662.226,00	65

MONEDA	PRIMA PURA	GASTOS ADQUISICIÓN	GASTOS EXPLOTACIÓN	PRIMA	REC. FINANCIERO	SUB TOTAL
$	445,40	185,58	111,35	742,33	0,00	742,33

T.SUP. + S.S.	SELL.	I.V.A.	R.G.	IVA RFI	I.BRUTOS	LEY 26363	PREMIO
4,45	0,00	0,00	0,00	0,00	5,57	0,00	753,09

Beneficiarios

EL TOMADOR HASTA EL LIMITE DE SU RESPONSABILIDAD.

Emitido en CAPITAL FEDERAL, 07 de Enero de 2025
Comunicación al asegurado: El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Los Asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (CP 1067), Ciudad de Buenos Aires; por teléfono al 4338 4000 (líneas rotativas), en el horario de 10:30 a 17:30; o vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gov.ar.

Señor Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o si designación errónea, puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad.
ADVERTENCIA AL ASEGURADO: De conformidad con lo establecido en la Cláusula de Rescisión del Certificado Individual de las Condiciones Generales, dicho certificado quedará rescindido y sin valor alguno en los siguientes casos:
a) Por renuncia del Asegurado a continuar en el seguro.
b) Por dejar el Asegurado Titular de estar vinculado con el Contratante en las condiciones requeridas como Persona Asegurable.
c) Por haber superado la edad máxima de permanencia indicada en el presente Certificado.
d) Por rescisión, caducidad o cancelación de póliza.
e) Por falta de pago de primas de acuerdo con lo estipulado en póliza.
f) Por haberle sido otorgado el beneficio de Incapacidad Total y Permanente.

Diego Sobrini
Gerente General
Galeno Seguros S.A.

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

Se presumirá que un Asegurado ha renunciado a continuar con el seguro, sin admitirse prueba en contrario, cuando al mismo no se le efectúe el descuento correspondiente a la prima de este seguro y no se ingrese al Asegurador dicho importe en la forma y plazo previstos en la póliza.

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

Datos del Tomador

Contratado por	Póliza Nº	Endoso Nº	Inicio Vigencia Póliza	Fin Vigencia Póliza
MAS ACTIVOS SA	00051192	00000003	22/07/2024	22/07/2025

Dirección: AV. LUIS MARIA CAMPOS 1464 P. 5 DPTO. B
1426 - CAPITAL FEDERAL, CDAD.DE BUENOS AIRES

CUIT
30711883114

Datos Personales del Asegurado

	Fecha Nacimiento	Tipo y Nº de Documento
VENTURINO , CATALINA	15/06/2001	CUIL 27431931589

Inicio de Vigencia de la cobertura: desde las cero horas del 07/01/2025 hasta su cancelación.

Tipo de Póliza: LEY DE CONTRATO DE TRABAJO SEGURO A MEDIDA

Detalle de las Coberturas	Capital Asegurado	Edad Máxima de cobertura
FALLECIMIENTO	$ 373.078,00	70
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (LCT)	$ 746.156,00	65

MONEDA	PRIMA PURA	GASTOS ADQUISICIÓN	GASTOS EXPLOTACIÓN	PRIMA	REC. FINANCIERO	SUB TOTAL
$	501,85	209,10	125,46	836,41	0,00	836,41

T.SUP. + S.S.	SELL.	I.V.A.	R.G.	IVA RFI	I.BRUTOS	LEY 26363	PREMIO
5,02	0,00	0,00	0,00	0,00	6,27	0,00	848,53

Beneficiarios

EL TOMADOR HASTA EL LIMITE DE SU RESPONSABILIDAD.

Emitido en CAPITAL FEDERAL, 07 de Enero de 2025
Comunicación al asegurado: El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Los Asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (CP 1067), Ciudad de Buenos Aires; por teléfono al 4338 4000 (líneas rotativas), en el horario de 10:30 a 17:30; o vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gov.ar.

Señor Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o si designación errónea, puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad.
ADVERTENCIA AL ASEGURADO: De conformidad con lo establecido en la Cláusula de Rescisión del Certificado Individual de las Condiciones Generales, dicho certificado quedará rescindido y sin valor alguno en los siguientes casos:
a) Por renuncia del Asegurado a continuar en el seguro.
b) Por dejar el Asegurado Titular de estar vinculado con el Contratante en las condiciones requeridas como Persona Asegurable.
c) Por haber superado la edad máxima de permanencia indicada en el presente Certificado.
d) Por rescisión, caducidad o cancelación de póliza.
e) Por falta de pago de primas de acuerdo con lo estipulado en póliza.
f) Por haberle sido otorgado el beneficio de Incapacidad Total y Permanente.

Diego Sobrini
Gerente General
Galeno Seguros S.A.

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

Se presumirá que un Asegurado ha renunciado a continuar con el seguro, sin admitirse prueba en contrario, cuando al mismo no se le efectúe el descuento correspondiente a la prima de este seguro y no se ingrese al Asegurador dicho importe en la forma y plazo previstos en la póliza.

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

Datos del Tomador

Contratado por	Póliza Nº	Endoso Nº	Inicio Vigencia Póliza	Fin Vigencia Póliza
MAS ACTIVOS SA	00051192	00000003	22/07/2024	22/07/2025

Dirección: AV. LUIS MARIA CAMPOS 1464 P. 5 DPTO. B
1426 - CAPITAL FEDERAL, CDAD.DE BUENOS AIRES

CUIT
30711883114

Datos Personales del Asegurado

	Fecha Nacimiento	Tipo y Nº de Documento
REYNOSO , ELISABET MARIANA	16/07/1991	CUIL 27363123479

Inicio de Vigencia de la cobertura: desde las cero horas del 07/01/2025 hasta su cancelación.

Tipo de Póliza: LEY DE CONTRATO DE TRABAJO SEGURO A MEDIDA

Detalle de las Coberturas	Capital Asegurado	Edad Máxima de cobertura
FALLECIMIENTO	$ 357.918,00	70
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (LCT)	$ 715.836,00	65

MONEDA	PRIMA PURA	GASTOS ADQUISICIÓN	GASTOS EXPLOTACIÓN	PRIMA	REC. FINANCIERO	SUB TOTAL
$	481,46	200,61	120,36	802,43	0,00	802,43

T.SUP. + S.S.	SELL.	I.V.A.	R.G.	IVA RFI	I.BRUTOS	LEY 26363	PREMIO
4,81	0,00	0,00	0,00	0,00	6,02	0,00	814,06

Beneficiarios

EL TOMADOR HASTA EL LIMITE DE SU RESPONSABILIDAD.

Emitido en CAPITAL FEDERAL, 07 de Enero de 2025
Comunicación al asegurado: El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Los Asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (CP 1067), Ciudad de Buenos Aires; por teléfono al 4338 4000 (líneas rotativas), en el horario de 10:30 a 17:30; o vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gov.ar.

Señor Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o si designación errónea, puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad.
ADVERTENCIA AL ASEGURADO: De conformidad con lo establecido en la Cláusula de Rescisión del Certificado Individual de las Condiciones Generales, dicho certificado quedará rescindido y sin valor alguno en los siguientes casos:
a) Por renuncia del Asegurado a continuar en el seguro.
b) Por dejar el Asegurado Titular de estar vinculado con el Contratante en las condiciones requeridas como Persona Asegurable.
c) Por haber superado la edad máxima de permanencia indicada en el presente Certificado.
d) Por rescisión, caducidad o cancelación de póliza.
e) Por falta de pago de primas de acuerdo con lo estipulado en póliza.
f) Por haberle sido otorgado el beneficio de Incapacidad Total y Permanente.

Diego Sobrini
Gerente General
Galeno Seguros S.A.

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

Se presumirá que un Asegurado ha renunciado a continuar con el seguro, sin admitirse prueba en contrario, cuando al mismo no se le efectúe el descuento correspondiente a la prima de este seguro y no se ingrese al Asegurador dicho importe en la forma y plazo previstos en la póliza.

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

Datos del Tomador

Contratado por	Póliza Nº	Endoso Nº	Inicio Vigencia Póliza	Fin Vigencia Póliza
MAS ACTIVOS SA	00051192	00000003	22/07/2024	22/07/2025

Dirección: AV. LUIS MARIA CAMPOS 1464 P. 5 DPTO. B
1426 - CAPITAL FEDERAL, CDAD.DE BUENOS AIRES

CUIT
30711883114

Datos Personales del Asegurado

	Fecha Nacimiento	Tipo y Nº de Documento
SUAREZ, CECILIA	11/06/1988	CUIL 27345218322

Inicio de Vigencia de la cobertura: desde las cero horas del 07/01/2025 hasta su cancelación.

Tipo de Póliza: LEY DE CONTRATO DE TRABAJO SEGURO A MEDIDA

Detalle de las Coberturas	Capital Asegurado	Edad Máxima de cobertura
FALLECIMIENTO	$ 331.213,00	70
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (LCT)	$ 662.426,00	65

MONEDA	PRIMA PURA	GASTOS ADQUISICIÓN	GASTOS EXPLOTACIÓN	PRIMA	REC. FINANCIERO	SUB TOTAL
$	445,54	185,64	111,38	742,56	0,00	742,56

T.SUP. + S.S.	SELL.	I.V.A.	R.G.	IVA RFI	I.BRUTOS	LEY 26363	PREMIO
4,46	0,00	0,00	0,00	0,00	5,57	0,00	753,32

Beneficiarios

EL TOMADOR HASTA EL LIMITE DE SU RESPONSABILIDAD.

Emitido en CAPITAL FEDERAL, 07 de Enero de 2025
Comunicación al asegurado: El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Los Asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (CP 1067), Ciudad de Buenos Aires; por teléfono al 4338 4000 (líneas rotativas), en el horario de 10:30 a 17:30; o vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gov.ar.

Señor Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o si designación errónea, puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad.
ADVERTENCIA AL ASEGURADO: De conformidad con lo establecido en la Cláusula de Rescisión del Certificado Individual de las Condiciones Generales, dicho certificado quedará rescindido y sin valor alguno en los siguientes casos:
a) Por renuncia del Asegurado a continuar en el seguro.
b) Por dejar el Asegurado Titular de estar vinculado con el Contratante en las condiciones requeridas como Persona Asegurable.
c) Por haber superado la edad máxima de permanencia indicada en el presente Certificado.
d) Por rescisión, caducidad o cancelación de póliza.
e) Por falta de pago de primas de acuerdo con lo estipulado en póliza.
f) Por haberle sido otorgado el beneficio de Incapacidad Total y Permanente.

Diego Sobrini
Gerente General
Galeno Seguros S.A.

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

Se presumirá que un Asegurado ha renunciado a continuar con el seguro, sin admitirse prueba en contrario, cuando al mismo no se le efectúe el descuento correspondiente a la prima de este seguro y no se ingrese al Asegurador dicho importe en la forma y plazo previstos en la póliza.

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

Datos del Tomador

Contratado por	Póliza Nº	Endoso Nº	Inicio Vigencia Póliza	Fin Vigencia Póliza
MAS ACTIVOS SA	00051192	00000003	22/07/2024	22/07/2025

Dirección: AV. LUIS MARIA CAMPOS 1464 P. 5 DPTO. B
1426 - CAPITAL FEDERAL, CDAD.DE BUENOS AIRES

CUIT
30711883114

Datos Personales del Asegurado

	Fecha Nacimiento	Tipo y Nº de Documento
TORRES, GIMENA	24/09/1991	CUIL 27363127954

Inicio de Vigencia de la cobertura: desde las cero horas del 07/01/2025 hasta su cancelación.

Tipo de Póliza: LEY DE CONTRATO DE TRABAJO SEGURO A MEDIDA

Detalle de las Coberturas	Capital Asegurado	Edad Máxima de cobertura
FALLECIMIENTO	$ 782.155,00	70
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (LCT)	$ 1.564.310,00	65

MONEDA	PRIMA PURA	GASTOS ADQUISICIÓN	GASTOS EXPLOTACIÓN	PRIMA	REC. FINANCIERO	SUB TOTAL
$	1.052,11	438,38	263,03	1.753,52	0,00	1.753,52

T.SUP. + S.S.	SELL.	I.V.A.	R.G.	IVA RFI	I.BRUTOS	LEY 26363	PREMIO
10,52	0,00	0,00	0,00	0,00	13,15	0,00	1.778,93

Beneficiarios

EL TOMADOR HASTA EL LIMITE DE SU RESPONSABILIDAD.

Emitido en CAPITAL FEDERAL, 07 de Enero de 2025
Comunicación al asegurado: El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Los Asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (CP 1067), Ciudad de Buenos Aires; por teléfono al 4338 4000 (líneas rotativas), en el horario de 10:30 a 17:30; o vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gov.ar.

Señor Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o si designación errónea, puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad.
ADVERTENCIA AL ASEGURADO: De conformidad con lo establecido en la Cláusula de Rescisión del Certificado Individual de las Condiciones Generales, dicho certificado quedará rescindido y sin valor alguno en los siguientes casos:
a) Por renuncia del Asegurado a continuar en el seguro.
b) Por dejar el Asegurado Titular de estar vinculado con el Contratante en las condiciones requeridas como Persona Asegurable.
c) Por haber superado la edad máxima de permanencia indicada en el presente Certificado.
d) Por rescisión, caducidad o cancelación de póliza.
e) Por falta de pago de primas de acuerdo con lo estipulado en póliza.
f) Por haberle sido otorgado el beneficio de Incapacidad Total y Permanente.

Diego Sobrini
Gerente General
Galeno Seguros S.A.

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

Se presumirá que un Asegurado ha renunciado a continuar con el seguro, sin admitirse prueba en contrario, cuando al mismo no se le efectúe el descuento correspondiente a la prima de este seguro y no se ingrese al Asegurador dicho importe en la forma y plazo previstos en la póliza.

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

Datos del Tomador

Contratado por	Póliza Nº	Endoso Nº	Inicio Vigencia Póliza	Fin Vigencia Póliza
MAS ACTIVOS SA	00051192	00000003	22/07/2024	22/07/2025

Dirección: AV. LUIS MARIA CAMPOS 1464 P. 5 DPTO. B
1426 - CAPITAL FEDERAL, CDAD.DE BUENOS AIRES

CUIT
30711883114

Datos Personales del Asegurado

	Fecha Nacimiento	Tipo y Nº de Documento
BAEZ, ERICA	09/09/1989	CUIL 27347732732

Inicio de Vigencia de la cobertura: desde las cero horas del 07/01/2025 hasta su cancelación.

Tipo de Póliza: LEY DE CONTRATO DE TRABAJO SEGURO A MEDIDA

Detalle de las Coberturas	Capital Asegurado	Edad Máxima de cobertura
FALLECIMIENTO	$ 331.113,00	70
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (LCT)	$ 662.226,00	65

MONEDA	PRIMA PURA	GASTOS ADQUISICIÓN	GASTOS EXPLOTACIÓN	PRIMA	REC. FINANCIERO	SUB TOTAL
$	445,40	185,58	111,35	742,33	0,00	742,33

T.SUP. + S.S.	SELL.	I.V.A.	R.G.	IVA RFI	I.BRUTOS	LEY 26363	PREMIO
4,45	0,00	0,00	0,00	0,00	5,57	0,00	753,09

Beneficiarios

EL TOMADOR HASTA EL LIMITE DE SU RESPONSABILIDAD.

Emitido en CAPITAL FEDERAL, 07 de Enero de 2025
Comunicación al asegurado: El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Los Asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (CP 1067), Ciudad de Buenos Aires; por teléfono al 4338 4000 (líneas rotativas), en el horario de 10:30 a 17:30; o vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gov.ar.

Señor Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o si designación errónea, puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad.
ADVERTENCIA AL ASEGURADO: De conformidad con lo establecido en la Cláusula de Rescisión del Certificado Individual de las Condiciones Generales, dicho certificado quedará rescindido y sin valor alguno en los siguientes casos:
a) Por renuncia del Asegurado a continuar en el seguro.
b) Por dejar el Asegurado Titular de estar vinculado con el Contratante en las condiciones requeridas como Persona Asegurable.
c) Por haber superado la edad máxima de permanencia indicada en el presente Certificado.
d) Por rescisión, caducidad o cancelación de póliza.
e) Por falta de pago de primas de acuerdo con lo estipulado en póliza.
f) Por haberle sido otorgado el beneficio de Incapacidad Total y Permanente.

Diego Sobrini
Gerente General
Galeno Seguros S.A.

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

Se presumirá que un Asegurado ha renunciado a continuar con el seguro, sin admitirse prueba en contrario, cuando al mismo no se le efectúe el descuento correspondiente a la prima de este seguro y no se ingrese al Asegurador dicho importe en la forma y plazo previstos en la póliza.

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

Datos del Tomador

Contratado por	Póliza Nº	Endoso Nº	Inicio Vigencia Póliza	Fin Vigencia Póliza
MAS ACTIVOS SA	00051192	00000003	22/07/2024	22/07/2025

Dirección: AV. LUIS MARIA CAMPOS 1464 P. 5 DPTO. B
1426 - CAPITAL FEDERAL, CDAD.DE BUENOS AIRES

CUIT
30711883114

Datos Personales del Asegurado

	Fecha Nacimiento	Tipo y Nº de Documento
AMENTA, LUCIA	13/07/2002	CUIL 27441721973

Inicio de Vigencia de la cobertura: desde las cero horas del 07/01/2025 hasta su cancelación.

Tipo de Póliza: LEY DE CONTRATO DE TRABAJO SEGURO A MEDIDA

Detalle de las Coberturas	Capital Asegurado	Edad Máxima de cobertura
FALLECIMIENTO	$ 392.153,00	70
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (LCT)	$ 784.306,00	65

MONEDA	PRIMA PURA	GASTOS ADQUISICIÓN	GASTOS EXPLOTACIÓN	PRIMA	REC. FINANCIERO	SUB TOTAL
$	527,50	219,79	131,88	879,17	0,00	879,17

T.SUP. + S.S.	SELL.	I.V.A.	R.G.	IVA RFI	I.BRUTOS	LEY 26363	PREMIO
5,28	0,00	0,00	0,00	0,00	6,59	0,00	891,91

Beneficiarios

EL TOMADOR HASTA EL LIMITE DE SU RESPONSABILIDAD.

Emitido en CAPITAL FEDERAL, 07 de Enero de 2025
Comunicación al asegurado: El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Los Asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (CP 1067), Ciudad de Buenos Aires; por teléfono al 4338 4000 (líneas rotativas), en el horario de 10:30 a 17:30; o vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gov.ar.

Señor Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o si designación errónea, puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad.
ADVERTENCIA AL ASEGURADO: De conformidad con lo establecido en la Cláusula de Rescisión del Certificado Individual de las Condiciones Generales, dicho certificado quedará rescindido y sin valor alguno en los siguientes casos:
a) Por renuncia del Asegurado a continuar en el seguro.
b) Por dejar el Asegurado Titular de estar vinculado con el Contratante en las condiciones requeridas como Persona Asegurable.
c) Por haber superado la edad máxima de permanencia indicada en el presente Certificado.
d) Por rescisión, caducidad o cancelación de póliza.
e) Por falta de pago de primas de acuerdo con lo estipulado en póliza.
f) Por haberle sido otorgado el beneficio de Incapacidad Total y Permanente.

Diego Sobrini
Gerente General
Galeno Seguros S.A.

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

Se presumirá que un Asegurado ha renunciado a continuar con el seguro, sin admitirse prueba en contrario, cuando al mismo no se le efectúe el descuento correspondiente a la prima de este seguro y no se ingrese al Asegurador dicho importe en la forma y plazo previstos en la póliza.

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

Datos del Tomador

Contratado por	Póliza Nº	Endoso Nº	Inicio Vigencia Póliza	Fin Vigencia Póliza
MAS ACTIVOS SA	00051192	00000003	22/07/2024	22/07/2025

Dirección: AV. LUIS MARIA CAMPOS 1464 P. 5 DPTO. B
1426 - CAPITAL FEDERAL, CDAD.DE BUENOS AIRES

CUIT
30711883114

Datos Personales del Asegurado

	Fecha Nacimiento	Tipo y Nº de Documento
MARTIRENA, YAMILA	24/03/1992	CUIL 27360892862

Inicio de Vigencia de la cobertura: desde las cero horas del 07/01/2025 hasta su cancelación.

Tipo de Póliza: LEY DE CONTRATO DE TRABAJO SEGURO A MEDIDA

Detalle de las Coberturas	Capital Asegurado	Edad Máxima de cobertura
FALLECIMIENTO	$ 382.616,00	70
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (LCT)	$ 765.232,00	65

MONEDA	PRIMA PURA	GASTOS ADQUISICIÓN	GASTOS EXPLOTACIÓN	PRIMA	REC. FINANCIERO	SUB TOTAL
$	514,67	214,45	128,67	857,79	0,00	857,79

T.SUP. + S.S.	SELL.	I.V.A.	R.G.	IVA RFI	I.BRUTOS	LEY 26363	PREMIO
5,15	0,00	0,00	0,00	0,00	6,43	0,00	870,22

Beneficiarios

EL TOMADOR HASTA EL LIMITE DE SU RESPONSABILIDAD.

Emitido en CAPITAL FEDERAL, 07 de Enero de 2025
Comunicación al asegurado: El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Los Asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (CP 1067), Ciudad de Buenos Aires; por teléfono al 4338 4000 (líneas rotativas), en el horario de 10:30 a 17:30; o vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gov.ar.

Señor Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o si designación errónea, puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad.
ADVERTENCIA AL ASEGURADO: De conformidad con lo establecido en la Cláusula de Rescisión del Certificado Individual de las Condiciones Generales, dicho certificado quedará rescindido y sin valor alguno en los siguientes casos:
a) Por renuncia del Asegurado a continuar en el seguro.
b) Por dejar el Asegurado Titular de estar vinculado con el Contratante en las condiciones requeridas como Persona Asegurable.
c) Por haber superado la edad máxima de permanencia indicada en el presente Certificado.
d) Por rescisión, caducidad o cancelación de póliza.
e) Por falta de pago de primas de acuerdo con lo estipulado en póliza.
f) Por haberle sido otorgado el beneficio de Incapacidad Total y Permanente.

Diego Sobrini
Gerente General
Galeno Seguros S.A.

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

Se presumirá que un Asegurado ha renunciado a continuar con el seguro, sin admitirse prueba en contrario, cuando al mismo no se le efectúe el descuento correspondiente a la prima de este seguro y no se ingrese al Asegurador dicho importe en la forma y plazo previstos en la póliza.

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

Datos del Tomador

Contratado por	Póliza Nº	Endoso Nº	Inicio Vigencia Póliza	Fin Vigencia Póliza
MAS ACTIVOS SA	00051192	00000003	22/07/2024	22/07/2025

Dirección: AV. LUIS MARIA CAMPOS 1464 P. 5 DPTO. B
1426 - CAPITAL FEDERAL, CDAD.DE BUENOS AIRES

CUIT
30711883114

Datos Personales del Asegurado

	Fecha Nacimiento	Tipo y Nº de Documento
MASSARO , FRANCO	23/02/2003	CUIL 20447968607

Inicio de Vigencia de la cobertura: desde las cero horas del 07/01/2025 hasta su cancelación.

Tipo de Póliza: LEY DE CONTRATO DE TRABAJO SEGURO A MEDIDA

Detalle de las Coberturas	Capital Asegurado	Edad Máxima de cobertura
FALLECIMIENTO	$ 431.357,00	70
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (LCT)	$ 862.714,00	65

MONEDA	PRIMA PURA	GASTOS ADQUISICIÓN	GASTOS EXPLOTACIÓN	PRIMA	REC. FINANCIERO	SUB TOTAL
$	580,24	241,77	145,06	967,07	0,00	967,07

T.SUP. + S.S.	SELL.	I.V.A.	R.G.	IVA RFI	I.BRUTOS	LEY 26363	PREMIO
5,80	0,00	0,00	0,00	0,00	7,25	0,00	981,08

Beneficiarios

EL TOMADOR HASTA EL LIMITE DE SU RESPONSABILIDAD.

Emitido en CAPITAL FEDERAL, 07 de Enero de 2025
Comunicación al asegurado: El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Los Asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (CP 1067), Ciudad de Buenos Aires; por teléfono al 4338 4000 (líneas rotativas), en el horario de 10:30 a 17:30; o vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gov.ar.

Señor Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o si designación errónea, puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad.
ADVERTENCIA AL ASEGURADO: De conformidad con lo establecido en la Cláusula de Rescisión del Certificado Individual de las Condiciones Generales, dicho certificado quedará rescindido y sin valor alguno en los siguientes casos:
a) Por renuncia del Asegurado a continuar en el seguro.
b) Por dejar el Asegurado Titular de estar vinculado con el Contratante en las condiciones requeridas como Persona Asegurable.
c) Por haber superado la edad máxima de permanencia indicada en el presente Certificado.
d) Por rescisión, caducidad o cancelación de póliza.
e) Por falta de pago de primas de acuerdo con lo estipulado en póliza.
f) Por haberle sido otorgado el beneficio de Incapacidad Total y Permanente.



Diego Sobrini
Gerente General
Galeno Seguros S.A.

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

Se presumirá que un Asegurado ha renunciado a continuar con el seguro, sin admitirse prueba en contrario, cuando al mismo no se le efectúe el descuento correspondiente a la prima de este seguro y no se ingrese al Asegurador dicho importe en la forma y plazo previstos en la póliza.

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

Datos del Tomador

Contratado por	Póliza Nº	Endoso Nº	Inicio Vigencia Póliza	Fin Vigencia Póliza
MAS ACTIVOS SA	00051192	00000003	22/07/2024	22/07/2025

Dirección: AV. LUIS MARIA CAMPOS 1464 P. 5 DPTO. B
1426 - CAPITAL FEDERAL, CDAD.DE BUENOS AIRES

CUIT
30711883114

Datos Personales del Asegurado

	Fecha Nacimiento	Tipo y Nº de Documento
KORENBLUM , LAUTARO	27/11/2001	CUIL 20436284447

Inicio de Vigencia de la cobertura: desde las cero horas del 07/01/2025 hasta su cancelación.

Tipo de Póliza: LEY DE CONTRATO DE TRABAJO SEGURO A MEDIDA

Detalle de las Coberturas	Capital Asegurado	Edad Máxima de cobertura
FALLECIMIENTO	$ 509.471,00	70
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (LCT)	$ 1.018.942,00	65

MONEDA	PRIMA PURA	GASTOS ADQUISICIÓN	GASTOS EXPLOTACIÓN	PRIMA	REC. FINANCIERO	SUB TOTAL
$	685,31	285,55	171,33	1.142,19	0,00	1.142,19

T.SUP. + S.S.	SELL.	I.V.A.	R.G.	IVA RFI	I.BRUTOS	LEY 26363	PREMIO
6,85	0,00	0,00	0,00	0,00	8,57	0,00	1.158,74

Beneficiarios

EL TOMADOR HASTA EL LIMITE DE SU RESPONSABILIDAD.

Emitido en CAPITAL FEDERAL, 07 de Enero de 2025
Comunicación al asegurado: El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Los Asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (CP 1067), Ciudad de Buenos Aires; por teléfono al 4338 4000 (líneas rotativas), en el horario de 10:30 a 17:30; o vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gov.ar.

Señor Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o si designación errónea, puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad.
ADVERTENCIA AL ASEGURADO: De conformidad con lo establecido en la Cláusula de Rescisión del Certificado Individual de las Condiciones Generales, dicho certificado quedará rescindido y sin valor alguno en los siguientes casos:
a) Por renuncia del Asegurado a continuar en el seguro.
b) Por dejar el Asegurado Titular de estar vinculado con el Contratante en las condiciones requeridas como Persona Asegurable.
c) Por haber superado la edad máxima de permanencia indicada en el presente Certificado.
d) Por rescisión, caducidad o cancelación de póliza.
e) Por falta de pago de primas de acuerdo con lo estipulado en póliza.
f) Por haberle sido otorgado el beneficio de Incapacidad Total y Permanente.

Diego Sobrini
Gerente General
Galeno Seguros S.A.

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

Se presumirá que un Asegurado ha renunciado a continuar con el seguro, sin admitirse prueba en contrario, cuando al mismo no se le efectúe el descuento correspondiente a la prima de este seguro y no se ingrese al Asegurador dicho importe en la forma y plazo previstos en la póliza.

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

Datos del Tomador

Contratado por	Póliza Nº	Endoso Nº	Inicio Vigencia Póliza	Fin Vigencia Póliza
MAS ACTIVOS SA	00051192	00000003	22/07/2024	22/07/2025

Dirección: AV. LUIS MARIA CAMPOS 1464 P. 5 DPTO. B
1426 - CAPITAL FEDERAL, CDAD.DE BUENOS AIRES

CUIT
30711883114

Datos Personales del Asegurado

	Fecha Nacimiento	Tipo y Nº de Documento
ZOBOLI SIMISON, JUANO	19/06/2003	CUIL 20456845054

Inicio de Vigencia de la cobertura: desde las cero horas del 07/01/2025 hasta su cancelación.

Tipo de Póliza: LEY DE CONTRATO DE TRABAJO SEGURO A MEDIDA

Detalle de las Coberturas	Capital Asegurado	Edad Máxima de cobertura
FALLECIMIENTO	$ 314.225,00	70
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (LCT)	$ 628.450,00	65

MONEDA	PRIMA PURA	GASTOS ADQUISICIÓN	GASTOS EXPLOTACIÓN	PRIMA	REC. FINANCIERO	SUB TOTAL
$	422,68	176,12	105,67	704,47	0,00	704,47

T.SUP. + S.S.	SELL.	I.V.A.	R.G.	IVA RFI	I.BRUTOS	LEY 26363	PREMIO
4,23	0,00	0,00	0,00	0,00	5,28	0,00	714,68

Beneficiarios

EL TOMADOR HASTA EL LIMITE DE SU RESPONSABILIDAD.

Emitido en CAPITAL FEDERAL, 07 de Enero de 2025
Comunicación al asegurado: El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Los Asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (CP 1067), Ciudad de Buenos Aires; por teléfono al 4338 4000 (líneas rotativas), en el horario de 10:30 a 17:30; o vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gov.ar.

Señor Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o si designación errónea, puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad.
ADVERTENCIA AL ASEGURADO: De conformidad con lo establecido en la Cláusula de Rescisión del Certificado Individual de las Condiciones Generales, dicho certificado quedará rescindido y sin valor alguno en los siguientes casos:
a) Por renuncia del Asegurado a continuar en el seguro.
b) Por dejar el Asegurado Titular de estar vinculado con el Contratante en las condiciones requeridas como Persona Asegurable.
c) Por haber superado la edad máxima de permanencia indicada en el presente Certificado.
d) Por rescisión, caducidad o cancelación de póliza.
e) Por falta de pago de primas de acuerdo con lo estipulado en póliza.
f) Por haberle sido otorgado el beneficio de Incapacidad Total y Permanente.

Diego Sobrini
Gerente General
Galeno Seguros S.A.

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

Se presumirá que un Asegurado ha renunciado a continuar con el seguro, sin admitirse prueba en contrario, cuando al mismo no se le efectúe el descuento correspondiente a la prima de este seguro y no se ingrese al Asegurador dicho importe en la forma y plazo previstos en la póliza.

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

Datos del Tomador

Contratado por	Póliza Nº	Endoso Nº	Inicio Vigencia Póliza	Fin Vigencia Póliza
MAS ACTIVOS SA	00051192	00000003	22/07/2024	22/07/2025

Dirección: AV. LUIS MARIA CAMPOS 1464 P. 5 DPTO. B
1426 - CAPITAL FEDERAL, CDAD.DE BUENOS AIRES

CUIT
30711883114

Datos Personales del Asegurado

	Fecha Nacimiento	Tipo y Nº de Documento
RIVERO , MAURIZIO NAZARENO	30/06/2002	CUIL 20442081833

Inicio de Vigencia de la cobertura: desde las cero horas del 07/01/2025 hasta su cancelación.

Tipo de Póliza: LEY DE CONTRATO DE TRABAJO SEGURO A MEDIDA

Detalle de las Coberturas	Capital Asegurado	Edad Máxima de cobertura
FALLECIMIENTO	$ 468.461,00	70
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (LCT)	$ 936.922,00	65

MONEDA	PRIMA PURA	GASTOS ADQUISICIÓN	GASTOS EXPLOTACIÓN	PRIMA	REC. FINANCIERO	SUB TOTAL
$	630,15	262,57	157,54	1.050,26	0,00	1.050,26

T.SUP. + S.S.	SELL.	I.V.A.	R.G.	IVA RFI	I.BRUTOS	LEY 26363	PREMIO
6,30	0,00	0,00	0,00	0,00	7,88	0,00	1.065,48

Beneficiarios

EL TOMADOR HASTA EL LIMITE DE SU RESPONSABILIDAD.

Emitido en CAPITAL FEDERAL, 07 de Enero de 2025
Comunicación al asegurado: El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Los Asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (CP 1067), Ciudad de Buenos Aires; por teléfono al 4338 4000 (líneas rotativas), en el horario de 10:30 a 17:30; o vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gov.ar.

Señor Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o si designación errónea, puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad.
ADVERTENCIA AL ASEGURADO: De conformidad con lo establecido en la Cláusula de Rescisión del Certificado Individual de las Condiciones Generales, dicho certificado quedará rescindido y sin valor alguno en los siguientes casos:
a) Por renuncia del Asegurado a continuar en el seguro.
b) Por dejar el Asegurado Titular de estar vinculado con el Contratante en las condiciones requeridas como Persona Asegurable.
c) Por haber superado la edad máxima de permanencia indicada en el presente Certificado.
d) Por rescisión, caducidad o cancelación de póliza.
e) Por falta de pago de primas de acuerdo con lo estipulado en póliza.
f) Por haberle sido otorgado el beneficio de Incapacidad Total y Permanente.



Diego Sobrini
Gerente General
Galeno Seguros S.A.

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

Se presumirá que un Asegurado ha renunciado a continuar con el seguro, sin admitirse prueba en contrario, cuando al mismo no se le efectúe el descuento correspondiente a la prima de este seguro y no se ingrese al Asegurador dicho importe en la forma y plazo previstos en la póliza.

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

Datos del Tomador

Contratado por	Póliza Nº	Endoso Nº	Inicio Vigencia Póliza	Fin Vigencia Póliza
MAS ACTIVOS SA	00051192	00000003	22/07/2024	22/07/2025

Dirección: AV. LUIS MARIA CAMPOS 1464 P. 5 DPTO. B
1426 - CAPITAL FEDERAL, CDAD.DE BUENOS AIRES

CUIT
30711883114

Datos Personales del Asegurado

	Fecha Nacimiento	Tipo y Nº de Documento
VILLAR, VICTORIA	12/07/2004	CUIL 27458139135

Inicio de Vigencia de la cobertura: desde las cero horas del 07/01/2025 hasta su cancelación.

Tipo de Póliza: LEY DE CONTRATO DE TRABAJO SEGURO A MEDIDA

Detalle de las Coberturas	Capital Asegurado	Edad Máxima de cobertura
FALLECIMIENTO	$ 330.550,00	70
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (LCT)	$ 661.100,00	65

MONEDA	PRIMA PURA	GASTOS ADQUISICIÓN	GASTOS EXPLOTACIÓN	PRIMA	REC. FINANCIERO	SUB TOTAL
$	444,64	185,27	111,16	741,07	0,00	741,07

T.SUP. + S.S.	SELL.	I.V.A.	R.G.	IVA RFI	I.BRUTOS	LEY 26363	PREMIO
4,45	0,00	0,00	0,00	0,00	5,56	0,00	751,81

Beneficiarios

EL TOMADOR HASTA EL LIMITE DE SU RESPONSABILIDAD.

Emitido en CAPITAL FEDERAL, 07 de Enero de 2025
Comunicación al asegurado: El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Los Asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (CP 1067), Ciudad de Buenos Aires; por teléfono al 4338 4000 (líneas rotativas), en el horario de 10:30 a 17:30; o vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gov.ar.

Señor Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o si designación errónea, puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad.
ADVERTENCIA AL ASEGURADO: De conformidad con lo establecido en la Cláusula de Rescisión del Certificado Individual de las Condiciones Generales, dicho certificado quedará rescindido y sin valor alguno en los siguientes casos:
a) Por renuncia del Asegurado a continuar en el seguro.
b) Por dejar el Asegurado Titular de estar vinculado con el Contratante en las condiciones requeridas como Persona Asegurable.
c) Por haber superado la edad máxima de permanencia indicada en el presente Certificado.
d) Por rescisión, caducidad o cancelación de póliza.
e) Por falta de pago de primas de acuerdo con lo estipulado en póliza.
f) Por haberle sido otorgado el beneficio de Incapacidad Total y Permanente.

Diego Sobrini
Gerente General
Galeno Seguros S.A.

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

Se presumirá que un Asegurado ha renunciado a continuar con el seguro, sin admitirse prueba en contrario, cuando al mismo no se le efectúe el descuento correspondiente a la prima de este seguro y no se ingrese al Asegurador dicho importe en la forma y plazo previstos en la póliza.

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

Datos del Tomador

Contratado por	Póliza Nº	Endoso Nº	Inicio Vigencia Póliza	Fin Vigencia Póliza
MAS ACTIVOS SA	00051192	00000003	22/07/2024	22/07/2025

Dirección: AV. LUIS MARIA CAMPOS 1464 P. 5 DPTO. B
1426 - CAPITAL FEDERAL, CDAD.DE BUENOS AIRES

CUIT
30711883114

Datos Personales del Asegurado

	Fecha Nacimiento	Tipo y Nº de Documento
RODRIGUEZ , VERONICA	25/01/1986	CUIL 27319871069

Inicio de Vigencia de la cobertura: desde las cero horas del 07/01/2025 hasta su cancelación.

Tipo de Póliza: LEY DE CONTRATO DE TRABAJO SEGURO A MEDIDA

Detalle de las Coberturas	Capital Asegurado	Edad Máxima de cobertura
FALLECIMIENTO	$ 357.818,00	70
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (LCT)	$ 715.636,00	65

MONEDA	PRIMA PURA	GASTOS ADQUISICIÓN	GASTOS EXPLOTACIÓN	PRIMA	REC. FINANCIERO	SUB TOTAL
$	481,32	200,55	120,33	802,20	0,00	802,20

T.SUP. + S.S.	SELL.	I.V.A.	R.G.	IVA RFI	I.BRUTOS	LEY 26363	PREMIO
4,81	0,00	0,00	0,00	0,00	6,02	0,00	813,83

Beneficiarios

EL TOMADOR HASTA EL LIMITE DE SU RESPONSABILIDAD.

Emitido en CAPITAL FEDERAL, 07 de Enero de 2025
Comunicación al asegurado: El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Los Asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (CP 1067), Ciudad de Buenos Aires; por teléfono al 4338 4000 (líneas rotativas), en el horario de 10:30 a 17:30; o vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gov.ar.

Señor Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o si designación errónea, puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad.
ADVERTENCIA AL ASEGURADO: De conformidad con lo establecido en la Cláusula de Rescisión del Certificado Individual de las Condiciones Generales, dicho certificado quedará rescindido y sin valor alguno en los siguientes casos:
a) Por renuncia del Asegurado a continuar en el seguro.
b) Por dejar el Asegurado Titular de estar vinculado con el Contratante en las condiciones requeridas como Persona Asegurable.
c) Por haber superado la edad máxima de permanencia indicada en el presente Certificado.
d) Por rescisión, caducidad o cancelación de póliza.
e) Por falta de pago de primas de acuerdo con lo estipulado en póliza.
f) Por haberle sido otorgado el beneficio de Incapacidad Total y Permanente.

Diego Sobrini
Gerente General
Galeno Seguros S.A.

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

Se presumirá que un Asegurado ha renunciado a continuar con el seguro, sin admitirse prueba en contrario, cuando al mismo no se le efectúe el descuento correspondiente a la prima de este seguro y no se ingrese al Asegurador dicho importe en la forma y plazo previstos en la póliza.

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

Datos del Tomador

Contratado por	Póliza Nº	Endoso Nº	Inicio Vigencia Póliza	Fin Vigencia Póliza
MAS ACTIVOS SA	00051192	00000003	22/07/2024	22/07/2025

Dirección: AV. LUIS MARIA CAMPOS 1464 P. 5 DPTO. B
1426 - CAPITAL FEDERAL, CDAD.DE BUENOS AIRES

CUIT
30711883114

Datos Personales del Asegurado

	Fecha Nacimiento	Tipo y Nº de Documento
CANTERO , TATIANA	23/05/2000	CUIL 27425353131

Inicio de Vigencia de la cobertura: desde las cero horas del 07/01/2025 hasta su cancelación.

Tipo de Póliza: LEY DE CONTRATO DE TRABAJO SEGURO A MEDIDA

Detalle de las Coberturas	Capital Asegurado	Edad Máxima de cobertura
FALLECIMIENTO	$ 350.188,00	70
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (LCT)	$ 700.376,00	65

MONEDA	PRIMA PURA	GASTOS ADQUISICIÓN	GASTOS EXPLOTACIÓN	PRIMA	REC. FINANCIERO	SUB TOTAL
$	471,06	196,27	117,76	785,09	0,00	785,09

T.SUP. + S.S.	SELL.	I.V.A.	R.G.	IVA RFI	I.BRUTOS	LEY 26363	PREMIO
4,71	0,00	0,00	0,00	0,00	5,89	0,00	796,47

Beneficiarios

EL TOMADOR HASTA EL LIMITE DE SU RESPONSABILIDAD.

Emitido en CAPITAL FEDERAL, 07 de Enero de 2025
Comunicación al asegurado: El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Los Asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (CP 1067), Ciudad de Buenos Aires; por teléfono al 4338 4000 (líneas rotativas), en el horario de 10:30 a 17:30; o vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gov.ar.

Señor Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o si designación errónea, puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad.
ADVERTENCIA AL ASEGURADO: De conformidad con lo establecido en la Cláusula de Rescisión del Certificado Individual de las Condiciones Generales, dicho certificado quedará rescindido y sin valor alguno en los siguientes casos:
a) Por renuncia del Asegurado a continuar en el seguro.
b) Por dejar el Asegurado Titular de estar vinculado con el Contratante en las condiciones requeridas como Persona Asegurable.
c) Por haber superado la edad máxima de permanencia indicada en el presente Certificado.
d) Por rescisión, caducidad o cancelación de póliza.
e) Por falta de pago de primas de acuerdo con lo estipulado en póliza.
f) Por haberle sido otorgado el beneficio de Incapacidad Total y Permanente.

Diego Sobrini
Gerente General
Galeno Seguros S.A.

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

Se presumirá que un Asegurado ha renunciado a continuar con el seguro, sin admitirse prueba en contrario, cuando al mismo no se le efectúe el descuento correspondiente a la prima de este seguro y no se ingrese al Asegurador dicho importe en la forma y plazo previstos en la póliza.

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

Datos del Tomador

Contratado por	Póliza Nº	Endoso Nº	Inicio Vigencia Póliza	Fin Vigencia Póliza
MAS ACTIVOS SA	00051192	00000003	22/07/2024	22/07/2025

Dirección: AV. LUIS MARIA CAMPOS 1464 P. 5 DPTO. B
1426 - CAPITAL FEDERAL, CDAD.DE BUENOS AIRES

CUIT
30711883114

Datos Personales del Asegurado

	Fecha Nacimiento	Tipo y Nº de Documento
WILLIAMS , ETHAN	26/06/2006	CUIL 20470304880

Inicio de Vigencia de la cobertura: desde las cero horas del 07/01/2025 hasta su cancelación.

Tipo de Póliza: LEY DE CONTRATO DE TRABAJO SEGURO A MEDIDA

Detalle de las Coberturas	Capital Asegurado	Edad Máxima de cobertura
FALLECIMIENTO	$ 443.656,00	70
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (LCT)	$ 887.312,00	65

MONEDA	PRIMA PURA	GASTOS ADQUISICIÓN	GASTOS EXPLOTACIÓN	PRIMA	REC. FINANCIERO	SUB TOTAL
$	596,78	248,66	149,20	994,64	0,00	994,64

T.SUP. + S.S.	SELL.	I.V.A.	R.G.	IVA RFI	I.BRUTOS	LEY 26363	PREMIO
5,97	0,00	0,00	0,00	0,00	7,46	0,00	1.009,05

Beneficiarios

EL TOMADOR HASTA EL LIMITE DE SU RESPONSABILIDAD.

Emitido en CAPITAL FEDERAL, 07 de Enero de 2025
Comunicación al asegurado: El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Los Asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (CP 1067), Ciudad de Buenos Aires; por teléfono al 4338 4000 (líneas rotativas), en el horario de 10:30 a 17:30; o vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gov.ar.

Señor Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o si designación errónea, puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad.
ADVERTENCIA AL ASEGURADO: De conformidad con lo establecido en la Cláusula de Rescisión del Certificado Individual de las Condiciones Generales, dicho certificado quedará rescindido y sin valor alguno en los siguientes casos:
a) Por renuncia del Asegurado a continuar en el seguro.
b) Por dejar el Asegurado Titular de estar vinculado con el Contratante en las condiciones requeridas como Persona Asegurable.
c) Por haber superado la edad máxima de permanencia indicada en el presente Certificado.
d) Por rescisión, caducidad o cancelación de póliza.
e) Por falta de pago de primas de acuerdo con lo estipulado en póliza.
f) Por haberle sido otorgado el beneficio de Incapacidad Total y Permanente.

Diego Sobrini
Gerente General
Galeno Seguros S.A.

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

Se presumirá que un Asegurado ha renunciado a continuar con el seguro, sin admitirse prueba en contrario, cuando al mismo no se le efectúe el descuento correspondiente a la prima de este seguro y no se ingrese al Asegurador dicho importe en la forma y plazo previstos en la póliza.

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

Datos del Tomador

Contratado por	Póliza Nº	Endoso Nº	Inicio Vigencia Póliza	Fin Vigencia Póliza
MAS ACTIVOS SA	00051192	00000003	22/07/2024	22/07/2025

Dirección: AV. LUIS MARIA CAMPOS 1464 P. 5 DPTO. B
1426 - CAPITAL FEDERAL, CDAD.DE BUENOS AIRES

CUIT
30711883114

Datos Personales del Asegurado

	Fecha Nacimiento	Tipo y Nº de Documento
SOTO QUEIP¿, LUCIA	05/03/2005	CUIL 27460231227

Inicio de Vigencia de la cobertura: desde las cero horas del 07/01/2025 hasta su cancelación.

Tipo de Póliza: LEY DE CONTRATO DE TRABAJO SEGURO A MEDIDA

Detalle de las Coberturas	Capital Asegurado	Edad Máxima de cobertura
FALLECIMIENTO	$ 416.951,00	70
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (LCT)	$ 833.902,00	65

MONEDA	PRIMA PURA	GASTOS ADQUISICIÓN	GASTOS EXPLOTACIÓN	PRIMA	REC. FINANCIERO	SUB TOTAL
$	560,86	233,69	140,22	934,77	0,00	934,77

T.SUP. + S.S.	SELL.	I.V.A.	R.G.	IVA RFI	I.BRUTOS	LEY 26363	PREMIO
5,61	0,00	0,00	0,00	0,00	7,01	0,00	948,32

Beneficiarios

EL TOMADOR HASTA EL LIMITE DE SU RESPONSABILIDAD.

Emitido en CAPITAL FEDERAL, 07 de Enero de 2025
Comunicación al asegurado: El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Los Asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (CP 1067), Ciudad de Buenos Aires; por teléfono al 4338 4000 (líneas rotativas), en el horario de 10:30 a 17:30; o vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gov.ar.

Señor Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o si designación errónea, puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad.
ADVERTENCIA AL ASEGURADO: De conformidad con lo establecido en la Cláusula de Rescisión del Certificado Individual de las Condiciones Generales, dicho certificado quedará rescindido y sin valor alguno en los siguientes casos:
a) Por renuncia del Asegurado a continuar en el seguro.
b) Por dejar el Asegurado Titular de estar vinculado con el Contratante en las condiciones requeridas como Persona Asegurable.
c) Por haber superado la edad máxima de permanencia indicada en el presente Certificado.
d) Por rescisión, caducidad o cancelación de póliza.
e) Por falta de pago de primas de acuerdo con lo estipulado en póliza.
f) Por haberle sido otorgado el beneficio de Incapacidad Total y Permanente.

Diego Sobrini
Gerente General
Galeno Seguros S.A.

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

Se presumirá que un Asegurado ha renunciado a continuar con el seguro, sin admitirse prueba en contrario, cuando al mismo no se le efectúe el descuento correspondiente a la prima de este seguro y no se ingrese al Asegurador dicho importe en la forma y plazo previstos en la póliza.

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

Datos del Tomador

Contratado por	Póliza Nº	Endoso Nº	Inicio Vigencia Póliza	Fin Vigencia Póliza
MAS ACTIVOS SA	00051192	00000003	22/07/2024	22/07/2025

Dirección: AV. LUIS MARIA CAMPOS 1464 P. 5 DPTO. B
1426 - CAPITAL FEDERAL, CDAD.DE BUENOS AIRES

CUIT
30711883114

Datos Personales del Asegurado

	Fecha Nacimiento	Tipo y Nº de Documento
BUSTO, MARTIN ANDRES	07/01/1983	CUIL 23301362609

Inicio de Vigencia de la cobertura: desde las cero horas del 07/01/2025 hasta su cancelación.

Tipo de Póliza: LEY DE CONTRATO DE TRABAJO SEGURO A MEDIDA

Detalle de las Coberturas	Capital Asegurado	Edad Máxima de cobertura
FALLECIMIENTO	$ 323.795,00	70
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (LCT)	$ 647.590,00	65

MONEDA	PRIMA PURA	GASTOS ADQUISICIÓN	GASTOS EXPLOTACIÓN	PRIMA	REC. FINANCIERO	SUB TOTAL
$	435,55	181,48	108,89	725,92	0,00	725,92

T.SUP. + S.S.	SELL.	I.V.A.	R.G.	IVA RFI	I.BRUTOS	LEY 26363	PREMIO
4,36	0,00	0,00	0,00	0,00	5,44	0,00	736,44

Beneficiarios

EL TOMADOR HASTA EL LIMITE DE SU RESPONSABILIDAD.

Emitido en CAPITAL FEDERAL, 07 de Enero de 2025
Comunicación al asegurado: El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Los Asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (CP 1067), Ciudad de Buenos Aires; por teléfono al 4338 4000 (líneas rotativas), en el horario de 10:30 a 17:30; o vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gov.ar.

Señor Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o si designación errónea, puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad.
ADVERTENCIA AL ASEGURADO: De conformidad con lo establecido en la Cláusula de Rescisión del Certificado Individual de las Condiciones Generales, dicho certificado quedará rescindido y sin valor alguno en los siguientes casos:
a) Por renuncia del Asegurado a continuar en el seguro.
b) Por dejar el Asegurado Titular de estar vinculado con el Contratante en las condiciones requeridas como Persona Asegurable.
c) Por haber superado la edad máxima de permanencia indicada en el presente Certificado.
d) Por rescisión, caducidad o cancelación de póliza.
e) Por falta de pago de primas de acuerdo con lo estipulado en póliza.
f) Por haberle sido otorgado el beneficio de Incapacidad Total y Permanente.

Diego Sobrini
Gerente General
Galeno Seguros S.A.

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

Se presumirá que un Asegurado ha renunciado a continuar con el seguro, sin admitirse prueba en contrario, cuando al mismo no se le efectúe el descuento correspondiente a la prima de este seguro y no se ingrese al Asegurador dicho importe en la forma y plazo previstos en la póliza.

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

Datos del Tomador

Contratado por	Póliza Nº	Endoso Nº	Inicio Vigencia Póliza	Fin Vigencia Póliza
MAS ACTIVOS SA	00051192	00000003	22/07/2024	22/07/2025

Dirección: AV. LUIS MARIA CAMPOS 1464 P. 5 DPTO. B
1426 - CAPITAL FEDERAL, CDAD.DE BUENOS AIRES

CUIT
30711883114

Datos Personales del Asegurado

	Fecha Nacimiento	Tipo y Nº de Documento
FILIBERTO , ANTONELLA	18/09/1997	CUIL 27406321245

Inicio de Vigencia de la cobertura: desde las cero horas del 07/01/2025 hasta su cancelación.

Tipo de Póliza: LEY DE CONTRATO DE TRABAJO SEGURO A MEDIDA

Detalle de las Coberturas	Capital Asegurado	Edad Máxima de cobertura
FALLECIMIENTO	$ 466.426,00	70
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (LCT)	$ 932.852,00	65

MONEDA	PRIMA PURA	GASTOS ADQUISICIÓN	GASTOS EXPLOTACIÓN	PRIMA	REC. FINANCIERO	SUB TOTAL
$	627,41	261,42	156,85	1.045,68	0,00	1.045,68

T.SUP. + S.S.	SELL.	I.V.A.	R.G.	IVA RFI	I.BRUTOS	LEY 26363	PREMIO
6,27	0,00	0,00	0,00	0,00	7,84	0,00	1.060,83

Beneficiarios

EL TOMADOR HASTA EL LIMITE DE SU RESPONSABILIDAD.

Emitido en CAPITAL FEDERAL, 07 de Enero de 2025
Comunicación al asegurado: El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Los Asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (CP 1067), Ciudad de Buenos Aires; por teléfono al 4338 4000 (líneas rotativas), en el horario de 10:30 a 17:30; o vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gov.ar.

Señor Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o si designación errónea, puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad.
ADVERTENCIA AL ASEGURADO: De conformidad con lo establecido en la Cláusula de Rescisión del Certificado Individual de las Condiciones Generales, dicho certificado quedará rescindido y sin valor alguno en los siguientes casos:
a) Por renuncia del Asegurado a continuar en el seguro.
b) Por dejar el Asegurado Titular de estar vinculado con el Contratante en las condiciones requeridas como Persona Asegurable.
c) Por haber superado la edad máxima de permanencia indicada en el presente Certificado.
d) Por rescisión, caducidad o cancelación de póliza.
e) Por falta de pago de primas de acuerdo con lo estipulado en póliza.
f) Por haberle sido otorgado el beneficio de Incapacidad Total y Permanente.

Diego Sobrini
Gerente General
Galeno Seguros S.A.

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

Se presumirá que un Asegurado ha renunciado a continuar con el seguro, sin admitirse prueba en contrario, cuando al mismo no se le efectúe el descuento correspondiente a la prima de este seguro y no se ingrese al Asegurador dicho importe en la forma y plazo previstos en la póliza.

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

Datos del Tomador

Contratado por	Póliza Nº	Endoso Nº	Inicio Vigencia Póliza	Fin Vigencia Póliza
MAS ACTIVOS SA	00051192	00000003	22/07/2024	22/07/2025

Dirección: AV. LUIS MARIA CAMPOS 1464 P. 5 DPTO. B
1426 - CAPITAL FEDERAL, CDAD.DE BUENOS AIRES

CUIT
30711883114

Datos Personales del Asegurado

	Fecha Nacimiento	Tipo y Nº de Documento
BORRO , JIMENA SOLEDAD	16/10/1988	CUIL 27340766887

Inicio de Vigencia de la cobertura: desde las cero horas del 07/01/2025 hasta su cancelación.

Tipo de Póliza: LEY DE CONTRATO DE TRABAJO SEGURO A MEDIDA

Detalle de las Coberturas	Capital Asegurado	Edad Máxima de cobertura
FALLECIMIENTO	$ 331.113,00	70
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (LCT)	$ 662.226,00	65

MONEDA	PRIMA PURA	GASTOS ADQUISICIÓN	GASTOS EXPLOTACIÓN	PRIMA	REC. FINANCIERO	SUB TOTAL
$	445,40	185,58	111,35	742,33	0,00	742,33

T.SUP. + S.S.	SELL.	I.V.A.	R.G.	IVA RFI	I.BRUTOS	LEY 26363	PREMIO
4,45	0,00	0,00	0,00	0,00	5,57	0,00	753,09

Beneficiarios

EL TOMADOR HASTA EL LIMITE DE SU RESPONSABILIDAD.

Emitido en CAPITAL FEDERAL, 07 de Enero de 2025
Comunicación al asegurado: El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Los Asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (CP 1067), Ciudad de Buenos Aires; por teléfono al 4338 4000 (líneas rotativas), en el horario de 10:30 a 17:30; o vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gov.ar.

Señor Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o si designación errónea, puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad.
ADVERTENCIA AL ASEGURADO: De conformidad con lo establecido en la Cláusula de Rescisión del Certificado Individual de las Condiciones Generales, dicho certificado quedará rescindido y sin valor alguno en los siguientes casos:
a) Por renuncia del Asegurado a continuar en el seguro.
b) Por dejar el Asegurado Titular de estar vinculado con el Contratante en las condiciones requeridas como Persona Asegurable.
c) Por haber superado la edad máxima de permanencia indicada en el presente Certificado.
d) Por rescisión, caducidad o cancelación de póliza.
e) Por falta de pago de primas de acuerdo con lo estipulado en póliza.
f) Por haberle sido otorgado el beneficio de Incapacidad Total y Permanente.

Diego Sobrini
Gerente General
Galeno Seguros S.A.

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

Se presumirá que un Asegurado ha renunciado a continuar con el seguro, sin admitirse prueba en contrario, cuando al mismo no se le efectúe el descuento correspondiente a la prima de este seguro y no se ingrese al Asegurador dicho importe en la forma y plazo previstos en la póliza.

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

Datos del Tomador

Contratado por	Póliza Nº	Endoso Nº	Inicio Vigencia Póliza	Fin Vigencia Póliza
MAS ACTIVOS SA	00051192	00000003	22/07/2024	22/07/2025

Dirección: AV. LUIS MARIA CAMPOS 1464 P. 5 DPTO. B
1426 - CAPITAL FEDERAL, CDAD.DE BUENOS AIRES

CUIT
30711883114

Datos Personales del Asegurado

	Fecha Nacimiento	Tipo y Nº de Documento
SANTILLAN , ROCIO	25/07/2001	CUIL 27435408627

Inicio de Vigencia de la cobertura: desde las cero horas del 07/01/2025 hasta su cancelación.

Tipo de Póliza: LEY DE CONTRATO DE TRABAJO SEGURO A MEDIDA

Detalle de las Coberturas	Capital Asegurado	Edad Máxima de cobertura
FALLECIMIENTO	$ 331.113,00	70
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (LCT)	$ 662.226,00	65

MONEDA	PRIMA PURA	GASTOS ADQUISICIÓN	GASTOS EXPLOTACIÓN	PRIMA	REC. FINANCIERO	SUB TOTAL
$	445,40	185,58	111,35	742,33	0,00	742,33

T.SUP. + S.S.	SELL.	I.V.A.	R.G.	IVA RFI	I.BRUTOS	LEY 26363	PREMIO
4,45	0,00	0,00	0,00	0,00	5,57	0,00	753,09

Beneficiarios

EL TOMADOR HASTA EL LIMITE DE SU RESPONSABILIDAD.

Emitido en CAPITAL FEDERAL, 07 de Enero de 2025
Comunicación al asegurado: El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Los Asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (CP 1067), Ciudad de Buenos Aires; por teléfono al 4338 4000 (líneas rotativas), en el horario de 10:30 a 17:30; o vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gov.ar.

Señor Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o si designación errónea, puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad.
ADVERTENCIA AL ASEGURADO: De conformidad con lo establecido en la Cláusula de Rescisión del Certificado Individual de las Condiciones Generales, dicho certificado quedará rescindido y sin valor alguno en los siguientes casos:
a) Por renuncia del Asegurado a continuar en el seguro.
b) Por dejar el Asegurado Titular de estar vinculado con el Contratante en las condiciones requeridas como Persona Asegurable.
c) Por haber superado la edad máxima de permanencia indicada en el presente Certificado.
d) Por rescisión, caducidad o cancelación de póliza.
e) Por falta de pago de primas de acuerdo con lo estipulado en póliza.
f) Por haberle sido otorgado el beneficio de Incapacidad Total y Permanente.

Diego Sobrini
Gerente General
Galeno Seguros S.A.

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

Se presumirá que un Asegurado ha renunciado a continuar con el seguro, sin admitirse prueba en contrario, cuando al mismo no se le efectúe el descuento correspondiente a la prima de este seguro y no se ingrese al Asegurador dicho importe en la forma y plazo previstos en la póliza.

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

Datos del Tomador

Contratado por	Póliza Nº	Endoso Nº	Inicio Vigencia Póliza	Fin Vigencia Póliza
MAS ACTIVOS SA	00051192	00000003	22/07/2024	22/07/2025

Dirección: AV. LUIS MARIA CAMPOS 1464 P. 5 DPTO. B
1426 - CAPITAL FEDERAL, CDAD.DE BUENOS AIRES

CUIT
30711883114

Datos Personales del Asegurado

	Fecha Nacimiento	Tipo y Nº de Documento
FUENTES , LEILA	01/04/1999	CUIL 27418755186

Inicio de Vigencia de la cobertura: desde las cero horas del 07/01/2025 hasta su cancelación.

Tipo de Póliza: LEY DE CONTRATO DE TRABAJO SEGURO A MEDIDA

Detalle de las Coberturas	Capital Asegurado	Edad Máxima de cobertura
FALLECIMIENTO	$ 253.830,00	70
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (LCT)	$ 507.660,00	65

MONEDA	PRIMA PURA	GASTOS ADQUISICIÓN	GASTOS EXPLOTACIÓN	PRIMA	REC. FINANCIERO	SUB TOTAL
$	341,43	142,27	85,36	569,06	0,00	569,06

T.SUP. + S.S.	SELL.	I.V.A.	R.G.	IVA RFI	I.BRUTOS	LEY 26363	PREMIO
3,41	0,00	0,00	0,00	0,00	4,27	0,00	577,31

Beneficiarios

EL TOMADOR HASTA EL LIMITE DE SU RESPONSABILIDAD.

Emitido en CAPITAL FEDERAL, 07 de Enero de 2025
Comunicación al asegurado: El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Los Asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (CP 1067), Ciudad de Buenos Aires; por teléfono al 4338 4000 (líneas rotativas), en el horario de 10:30 a 17:30; o vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gov.ar.

Señor Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o si designación errónea, puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad.
ADVERTENCIA AL ASEGURADO: De conformidad con lo establecido en la Cláusula de Rescisión del Certificado Individual de las Condiciones Generales, dicho certificado quedará rescindido y sin valor alguno en los siguientes casos:
a) Por renuncia del Asegurado a continuar en el seguro.
b) Por dejar el Asegurado Titular de estar vinculado con el Contratante en las condiciones requeridas como Persona Asegurable.
c) Por haber superado la edad máxima de permanencia indicada en el presente Certificado.
d) Por rescisión, caducidad o cancelación de póliza.
e) Por falta de pago de primas de acuerdo con lo estipulado en póliza.
f) Por haberle sido otorgado el beneficio de Incapacidad Total y Permanente.

Diego Sobrini
Gerente General
Galeno Seguros S.A.

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

Se presumirá que un Asegurado ha renunciado a continuar con el seguro, sin admitirse prueba en contrario, cuando al mismo no se le efectúe el descuento correspondiente a la prima de este seguro y no se ingrese al Asegurador dicho importe en la forma y plazo previstos en la póliza.

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

Datos del Tomador

Contratado por	Póliza Nº	Endoso Nº	Inicio Vigencia Póliza	Fin Vigencia Póliza
MAS ACTIVOS SA	00051192	00000003	22/07/2024	22/07/2025

Dirección: AV. LUIS MARIA CAMPOS 1464 P. 5 DPTO. B
1426 - CAPITAL FEDERAL, CDAD.DE BUENOS AIRES

CUIT
30711883114

Datos Personales del Asegurado

	Fecha Nacimiento	Tipo y Nº de Documento
CANO , JULIETA ROSARIO	07/05/2006	CUIL 27480764924

Inicio de Vigencia de la cobertura: desde las cero horas del 07/01/2025 hasta su cancelación.

Tipo de Póliza: LEY DE CONTRATO DE TRABAJO SEGURO A MEDIDA

Detalle de las Coberturas	Capital Asegurado	Edad Máxima de cobertura
FALLECIMIENTO	$ 143.426,00	70
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (LCT)	$ 286.852,00	65

MONEDA	PRIMA PURA	GASTOS ADQUISICIÓN	GASTOS EXPLOTACIÓN	PRIMA	REC. FINANCIERO	SUB TOTAL
$	192,93	80,39	48,23	321,55	0,00	321,55

T.SUP. + S.S.	SELL.	I.V.A.	R.G.	IVA RFI	I.BRUTOS	LEY 26363	PREMIO
1,93	0,00	0,00	0,00	0,00	2,41	0,00	326,21

Beneficiarios

EL TOMADOR HASTA EL LIMITE DE SU RESPONSABILIDAD.

Emitido en CAPITAL FEDERAL, 07 de Enero de 2025
Comunicación al asegurado: El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Los Asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (CP 1067), Ciudad de Buenos Aires; por teléfono al 4338 4000 (líneas rotativas), en el horario de 10:30 a 17:30; o vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gov.ar.

Señor Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o si designación errónea, puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad.
ADVERTENCIA AL ASEGURADO: De conformidad con lo establecido en la Cláusula de Rescisión del Certificado Individual de las Condiciones Generales, dicho certificado quedará rescindido y sin valor alguno en los siguientes casos:
a) Por renuncia del Asegurado a continuar en el seguro.
b) Por dejar el Asegurado Titular de estar vinculado con el Contratante en las condiciones requeridas como Persona Asegurable.
c) Por haber superado la edad máxima de permanencia indicada en el presente Certificado.
d) Por rescisión, caducidad o cancelación de póliza.
e) Por falta de pago de primas de acuerdo con lo estipulado en póliza.
f) Por haberle sido otorgado el beneficio de Incapacidad Total y Permanente.

Diego Sobrini
Gerente General
Galeno Seguros S.A.

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

Se presumirá que un Asegurado ha renunciado a continuar con el seguro, sin admitirse prueba en contrario, cuando al mismo no se le efectúe el descuento correspondiente a la prima de este seguro y no se ingrese al Asegurador dicho importe en la forma y plazo previstos en la póliza.

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

Datos del Tomador

Contratado por	Póliza Nº	Endoso Nº	Inicio Vigencia Póliza	Fin Vigencia Póliza
MAS ACTIVOS SA	00051192	00000003	22/07/2024	22/07/2025

Dirección: AV. LUIS MARIA CAMPOS 1464 P. 5 DPTO. B
1426 - CAPITAL FEDERAL, CDAD.DE BUENOS AIRES

CUIT
30711883114

Datos Personales del Asegurado

	Fecha Nacimiento	Tipo y Nº de Documento
PUJOL, CAMILA AILIN	12/08/2003	CUIL 27472205280

Inicio de Vigencia de la cobertura: desde las cero horas del 07/01/2025 hasta su cancelación.

Tipo de Póliza: LEY DE CONTRATO DE TRABAJO SEGURO A MEDIDA

Detalle de las Coberturas	Capital Asegurado	Edad Máxima de cobertura
FALLECIMIENTO	$ 143.426,00	70
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (LCT)	$ 286.852,00	65

MONEDA	PRIMA PURA	GASTOS ADQUISICIÓN	GASTOS EXPLOTACIÓN	PRIMA	REC. FINANCIERO	SUB TOTAL
$	192,93	80,39	48,23	321,55	0,00	321,55

T.SUP. + S.S.	SELL.	I.V.A.	R.G.	IVA RFI	I.BRUTOS	LEY 26363	PREMIO
1,93	0,00	0,00	0,00	0,00	2,41	0,00	326,21

Beneficiarios

EL TOMADOR HASTA EL LIMITE DE SU RESPONSABILIDAD.

Emitido en CAPITAL FEDERAL, 07 de Enero de 2025
Comunicación al asegurado: El asegurado que se identifica en este Certificado de Incorporación tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al Tomador del presente contrato de seguro.

Los Asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (CP 1067), Ciudad de Buenos Aires; por teléfono al 4338 4000 (líneas rotativas), en el horario de 10:30 a 17:30; o vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gov.ar.

Señor Asegurado: Designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o si designación errónea, puede implicar demoras en el trámite de cobro del beneficio. Asimismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad.
ADVERTENCIA AL ASEGURADO: De conformidad con lo establecido en la Cláusula de Rescisión del Certificado Individual de las Condiciones Generales, dicho certificado quedará rescindido y sin valor alguno en los siguientes casos:
a) Por renuncia del Asegurado a continuar en el seguro.
b) Por dejar el Asegurado Titular de estar vinculado con el Contratante en las condiciones requeridas como Persona Asegurable.
c) Por haber superado la edad máxima de permanencia indicada en el presente Certificado.
d) Por rescisión, caducidad o cancelación de póliza.
e) Por falta de pago de primas de acuerdo con lo estipulado en póliza.
f) Por haberle sido otorgado el beneficio de Incapacidad Total y Permanente.

Diego Sobrini
Gerente General
Galeno Seguros S.A.

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

Se presumirá que un Asegurado ha renunciado a continuar con el seguro, sin admitirse prueba en contrario, cuando al mismo no se le efectúe el descuento correspondiente a la prima de este seguro y no se ingrese al Asegurador dicho importe en la forma y plazo previstos en la póliza.

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