# SEGURO DE VIDA COLECTIVO

## CONSTANCIA DE COBERTURA VIDA COLECTIVO

**Datos del Tomador**

| Contratado por | Póliza Nº | Endoso Nº | Inicio Vigencia Póliza | Fin Vigencia Póliza |
|---|---|---|---|---|
| MAS ACTIVOS SA | 00061155 | 00000000 | 22/07/2025 | 22/07/2026 |

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

CUIT
30711883114

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

| Detalle de las Coberturas | Capital Asegurado | Edad Máxima de cobertura |
|---|---|---|
| FALLECIMIENTO | $ 1.000.000,00 | 70 |
| INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (LCT) | $ 2.000.000,00 | 65 |

**Datos Personales de Asegurado/s**

| | | |
|---|---|---|
| LANFREDI, AMALIA VIRGINIA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27295063497 |
| HEREDIA , ANA MARIA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27215893834 |
| MONZON, ANALIA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27294552508 |
| MEDINA, ANDREA SILVIA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27287361225 |
| FANUELA BETSABE, ROMINA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27301380254 |
| SOSA , CAMILA BELEN | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27430135606 |
| BARRAGUE, CLELIA IRENE | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27172036371 |
| MARIANI VIGOROSI , CRISTINA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27329897937 |
| CAMPANA CASAS, CYNTIA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27945392490 |
| GONZALEZ, DIEGO | Tipo y Nº de Documento | CUIL 20284740387 |
| SOSA , ELIZABETH PAOLA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27280624263 |
| DOMINGUEZ ANDRADA, NOEMI | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27928883502 |
| ALTAMIRANO , GISELA PAOLA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27370292774 |
| IGLESIAS MERCADO, JAZMIN | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27432442298 |
| CA¿ADAS , JESICA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27317627748 |
| QUARANTA, JESICA LORENA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 24331192186 |
| VASTA JUAN , DANIEL FABIAN | Tipo y Nº de Documento | CUIL 20169367249 |
| BAEZ, LAURA GISELE | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27313043261 |
| FLORES, LAURA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27293888499 |
| PONCE SILVEIRO, LAURA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27263673021 |
| LEIVA , CARMEN E. | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27236706589 |
| ZALAZAR , LUCIANA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 23360890724 |
| WINGENROTH , LUCILA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27350718457 |
| HUERTAS, MARIA SOLEDAD | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27225395492 |
| FERNANDEZ, MARIEL SOLEDAD | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27357324241 |
| URQUIA, MICAELA ANDREA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27376968370 |
| MOLINA , NANCY | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27265995328 |
| VILAR, NATALIA GISELE | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27380473998 |
| QUEIPO , NORA NOEMI | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27242901199 |
| FERNANDEZ JOFRE VARELA, PAOLA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27250217566 |
| MONTENEGRO, RENZO ANTONIO | Tipo y Nº de Documento | CUIL 20370668990 |
| SLADECEK, SARA RAQUEL | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27245609987 |

# SEGURO DE VIDA COLECTIVO

## CONSTANCIA DE COBERTURA VIDA COLECTIVO

**Datos Personales de Asegurado/s**

| | | |
|---|---|---|
| LUNA , SILVINA DEL VALLE | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27332862664 |
| MARQUEZ DE JESUS , WANDA AYELEN | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27363122278 |
| ACOSTA , CAMILA ANAHI | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27433905852 |
| ALDERETE , ROMINA NATALIA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27335508829 |
| ANDRADA, LUCIA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27411469242 |
| BARRIONUEVO , EVANGELINA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27295894763 |
| BARRIOS, SOL | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27436697770 |
| BASETA, CLARA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27415503410 |
| GUERRA , CAMILA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27432618957 |
| DIAZ , MATIAS EZEQUIEL | Tipo y Nº de Documento | CUIL 20346228742 |
| FERNANDEZ , IGNACIO | Tipo y Nº de Documento | CUIL 20430847253 |
| FRANCO GENNARI , SOL | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27944898757 |
| KRAUSE, EVELIN | Tipo y Nº de Documento | CUIL 23330268743 |
| MUNDO, MICAELA YASMIN | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27373514883 |
| MU¿OZ, ROCIO | Tipo y Nº de Documento | CUIL 23378185874 |
| OXILIA, SARA BELEN | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27348373833 |
| PAREDES MEDINA, MARCOS VALENTIN | Tipo y Nº de Documento | CUIL 20446105842 |
| PASINO, MELINA MILAGROS | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27386589912 |
| QUIROGA , MACARENA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 23382021754 |
| REGNER, DAIANA SOLANGE | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27349779507 |
| RODRIGUEZ , NOELIA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27352057679 |
| ROSALES AGUILAR , EDUARDO ANTONIO | Tipo y Nº de Documento | CUIL 20953014387 |
| JUAREZ , MARIA NOEL | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27373100590 |
| VALDES , EMILSE | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27421000641 |
| VALIENTE, KAREN SOFIA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27380095772 |
| BORDES , FIORELLA JAZMIN | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27384050315 |
| GARRIDO , PATRICIO | Tipo y Nº de Documento | CUIL 20348304322 |
| BURROSO , CAMILA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27426286020 |
| SOSA , AGUSTINA ANAHI | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27466419759 |
| SILLARO , MARIEL VANESA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27296436440 |
| MOYANO, FATIMA CECILIA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 23450098604 |
| GELABERT PEREZ , LUCIANA AYELEN | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27375398783 |
| NIEVA , PABLO ANDRES | Tipo y Nº de Documento | CUIL 20372461439 |
| CRUSSITTA , JAVIER IGNACIO | Tipo y Nº de Documento | CUIL 20353642163 |
| RODRIGUEZ MIGLIONI, MANUEL SEBASTIAN | Tipo y Nº de Documento | CUIL 20463507105 |
| BULACIO MESINA, ANNA BELEN | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27457426335 |
| GONZALEZ , TAMARA AYLEN | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27456318202 |
| CASTILLO MENDEZ, NAIROBY | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27962278413 |
| BELVERDE , VERONICA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27371861780 |
| PEREZ GONZALEZ , LUNA AYLEN | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27443612152 |
| MACHUCA , BRENDA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27370382862 |
| VELAZQUEZ, MAYRA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27382591130 |
| CANALE , FACUNDO OSCAR | Tipo y Nº de Documento | CUIL 20348174011 |
| VALVERDE HUAYAPA, MELANIE MILAGROS | Tipo y Nº de Documento | CUIL 23447486954 |
| OVEJERO, MICAELA NOEMI | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27345216443 |
| REYNOSO , ELISABET MARIANA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27363123479 |
| RODRIGUEZ PAGLIARICHE , NATALIA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27410951121 |
| CHAZARRETA , MARIELA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27329448792 |
| BRITEZ , ANGIE SOLEDAD | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27375400478 |
| TORRES, GIMENA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27363127954 |

# SEGURO DE VIDA COLECTIVO

## CONSTANCIA DE COBERTURA VIDA COLECTIVO

**Datos Personales de Asegurado/s**

| | | |
|---|---|---|
| AMENTA, LUCIA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27441721973 |
| MASSARO , FRANCO | Tipo y Nº de Documento | CUIL 20447968607 |
| RIVERO , MAURIZIO NAZARENO | Tipo y Nº de Documento | CUIL 20442081833 |
| VILLAR, VICTORIA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27458139135 |
| RODRIGUEZ , VERONICA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27319871069 |
| SOTO QUEIP¿, LUCIA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27460231227 |
| SANTILLAN , ROCIO | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27435408627 |
| BORQUEZ, AGUSTIN | Tipo y Nº de Documento | CUIL 20443753207 |
| RIOS, BENJAMIN | Tipo y Nº de Documento | CUIL 20463936820 |
| CANO , JULIETA ROSARIO | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27470764924 |
| GONZALEZ , TERESA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27339440854 |
| IVANIC , EZEQUIEL MARCOS | Tipo y Nº de Documento | CUIL 20338951729 |
| KARCHI, LUCIA MERCEDES | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27391665228 |
| MONTEAGUDO, DANIELA SOLEDAD | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27320318659 |
| TORRES CUELLAR, CANDELA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 23475563034 |
| FONS, TADEO | Tipo y Nº de Documento | CUIL 23474025829 |
| SAUCEDO, GIANELLA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27467545057 |
| AMAYA, NATALIA SOLEDAD | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27295802907 |
| COBOS , NORA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27341012711 |
| ACEVEDO , BRENDA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27372265529 |
| BUTERA, CELESTE | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27343384136 |
| CABALLERO, SELENE | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27453959916 |
| ACU¿A, NICOLAS | Tipo y Nº de Documento | CUIL 20451486501 |
| LAGRA¿A , DAIANA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 23455748534 |
| OVIEDO, SOFIA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27373259905 |
| FISCHER , MELINA BELEN | Tipo y Nº de Documento | CUIL 23430704494 |
| SESSAREGO, ANA LAURA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27296494882 |
| ORTEGA , PRISCILLA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27453058560 |
| ZABTOCKI, DAIANA LUZ | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27338620549 |
| VICENTI, FLORENCIA AILIN | Tipo y Nº de Documento | CUIL 23455748704 |
| LUIS , CAMILA ANALIA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27400598369 |
| BRIZUELA , AGUSTINA NAHIR | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27428408050 |
| GROSSO , ALAN | Tipo y Nº de Documento | CUIL 20407612613 |
| CHIARRETTA , DEBORA ROMINA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27301381730 |
| GONZALEZ , NOELIA LIZ | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27946324006 |
| RAICHUNI, ROCIO ALEJANDRA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27335375365 |
| BACELAR FEBRES , DANIELA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27959639413 |
| FRANCO , NADIA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27322169162 |
| SILVA , CHRISTIAN EZEQUIEL | Tipo y Nº de Documento | CUIL 20436629444 |
| CASADIEGO, MARTA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 20964798126 |
| COMMATEO, IRINA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27431049835 |
| BURGARDT, NATACHA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27443434165 |
| RUEDA, CAROLINA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27367916945 |
| GOMEZ, BRUNO | Tipo y Nº de Documento | CUIL 20453087019 |
| FERRARIS , CAMILA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27472043442 |
| ANDRADA, TOBIAS FRANCISCO | Tipo y Nº de Documento | CUIL 20457801123 |
| COSTA , ARIADNA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27455386107 |
| ROSSIN , MARISOL CAMILA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27383266861 |
| CONTARTESE, FRANCISCO | Tipo y Nº de Documento | CUIL 20471309053 |
| DIAZ , GUILLERMINA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27470597165 |

# SEGURO DE VIDA COLECTIVO

## CONSTANCIA DE COBERTURA VIDA COLECTIVO

**Datos Personales de Asegurado/s**

| | | |
|---|---|---|
| BERGER , JESICA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27353352321 |
| CABRERA , ALEJANDRA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27416860454 |
| PEREYRA, MARIELA SILVANA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27398789003 |
| ORSOMARSO, CANDELA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27423150993 |
| MONTI, LORENA LILIANA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27283422823 |
| RUSSO , BRISA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27470103049 |
| TORRES , JOSE SEBASTIAN | Tipo y Nº de Documento | CUIL 20451429303 |
| RAMIREZ, FRANCO JOSE LIONEL | Tipo y Nº de Documento | CUIL 20416681881 |
| SEGURA, CECILIA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27326969619 |
| CANDIOTI, SOFIA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27375397272 |
| PRESLER, JUAN | Tipo y Nº de Documento | CUIL 23334436519 |
| MARTINEZ, SHEILA TAMARA | Tipo y Nº de Documento | CUIL 27296481160 |

**Emitido en CAPITAL FEDERAL, 30 de Diciembre de 2025**

-El presente certificado tiene una validez de 30 días a partir de la fecha de emisión del mismo.
-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.
-El/Los asegurado/s informados se encuentran cubierto/s de acuerdo a las disposiciones establecidas en las Condiciones Generales y Particulares del Seguro de Vida Colectivo que forman parte integrante de la póliza referida.

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.

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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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.

+activos
DEJALO EN NUESTRAS MANOS

San Isidro, ENERO 2025

Por medio de la presente se deja constancia que la persona que se detalla a continuación **no pertenece a la nómina de personal de MAS ACTIVOS** y **no registran relación laboral vigente** con la empresa **durante el período 01/2025**, motivo por el cual **no cuentan con recibo de haberes correspondiente a dicho período**.

La persona mencionada:

**Martin Marco CUIL: 20-33691535-0**

La presente se emite a los fines administrativos que pudieran corresponder, dejando constancia que dichas personas **no integran el plantel activo de la empresa en el período indicado**.

Sin otro particular, se extiende la presente para su debida constancia.

MAS ACTIVOS S.A.
RECURSOS HUMANOS

ARCA

# Simplificación Registral

## CONSTANCIA DEL TRABAJADOR
## Baja

Original para el empleador, duplicado para el empleado.

| Empleador: | CUIT: 30-71188311-4 |
|---|---|

**Nombre y apellido o Denominación:** MAS ACTIVOS S.A.

### Datos del Empleado

**Apellido y nombre:** MARCO MARTIN

**CUIL:** 20-33691535-0

| | | |
|---|---|---|
| **Fecha Inicio:** 02/01/2025 | **Fecha Cese:** 20/01/2025 | **Obra Social:** 126205 - O.S.DE LOS EMPLEADOS DE COMERCIO Y ACTIVIDADES CIVILES |
| **Modalidad de contrato:** 014 - Nuevo período de prueba | | **Situación de Revista:** 01 - Activo |
| **ART vigente:** 00221 - EXPERTA ASEGURADORA DE RIESGO DE TRABAJO SA | | **Regimen:** SIPA |
| **Contrato:** /2017 | | **Agropecuario:** NO |

**Tipo servicio:** 000 - SERVICIOS COMUNES CONTINUOS

**Convenio colectivo:** 0130/75 - COMERCIO - CONFEDERACION GENERAL EMPLEADOS DE COMERCIO DE LA REPUBLICA ARGENTINA c/ COMISION COORDINADORA PATRONAL DE ACTIVIDADES MERCANTILES Y OTRAS. - CONFEDERACION GENERAL EMPLEADOS DE COMERCIO DE LA REPUBLICA ARGENTINA c/ COMISION COORDINADORA PATRONAL DE ACTIVIDADES MERCANTILES Y OTRAS.

| | |
|---|---|
| **Categoria:** 026546 - PERSONAL AUXILIAR | **Puesto:** 4190 - Otros oficinistas |
| **Retrib. pactada:** $265607,50 | **Mod. Liq.:** 1 - MES |

**Domicilio de explotación:** ALEM 116 3 "A" Cod. Postal 1642 , BUENOS AIRES, SAN ISIDRO

**Actividad económica:** 749900 - SERVICIOS EMPRESARIALES N.C.P.

### Baja

| | |
|---|---|
| **Clave:** CB 07051671685615689838 | MAS ACTIVOS S.A. RECURSOS HUMANOS |
| **Fecha - hora de envío:** 2025-01-21 - 12:04:39 hs. | |
| **Situación de baja:** 25 - Abandono del trabajo/ Art.244 LCT | Firma empleador y fecha de notificacion |

| Número de registro de trámite | 252091322890 |
|---|---|

**Fecha de impresión:** 21/01/2025

Con su clave fiscal Ud. podrá ingresar a la página www.arca.gob.ar y consultar el sistema - Aportes en Línea – para conocer su situación personal en la seguridad social (previsional, obra social y riesgo de trabajo) existente en los registros de la ARCA.

Talón para el empleado (Duplicado)