Constancia de Cobertura

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nº 1567/74

Nro. de Póliza:	**CO10 10-184567 / 4567-9001-000001**
Vigencia de la constancia:	01/07/2025 al 31/03/2026

Tomador:	**SERVIN SEGURIDAD S.A .**
CUIT/CUIL:	30707828923
Domicilio:	ESTEBAN ECHEVERRIA 1804, 1602 BUENOS AIRES

Detalle del Personal Asegurado:

CUIT/CUIL	APELLIDO Y NOMBRE
20140121747	KUSHNIER JORGE HUGO
20164510523	VILTE HUGO ALBERTO
20180438980	SOLDEVILA ADRIAN SERGIO
20201845255	CARDOZO CARLOS ALBERTO
20230547069	AMAYA JORGE DANIEL
20248801191	SILVERO CARLOS RODOLFO
20249974553	ROJAS SANDRO NORBERTO
20253663945	GODOY AGUSTIN ABEL
20286358765	TREJO PABLO MIGUEL
20300474528	MUNOZ HUGO DANIEL
20300792201	DIEZ ALEJANDRO PATRICIO
20301055278	REARTE NICOLAS EZEQUIEL
20323230391	ALMEIDA WINTTER MARCELO JAVIER
20334051251	SUAREZ RUIZ VICTOR LEONEL
20372419807	ROLON MATIAS GABRIEL
23213480359	SABAN OMAR RICARDO
23301016239	VERON JUAN MARCELO
24290093798	SANCHEZ MIGUEL ANGEL
24307440780	GOMEZ MATIAS ANDRES
27133041139	MARANZANA LILIANA SUSANA MARIA
27211404545	HAEDO MONICA

Edad Fin de Cobertura:

• Siempre que el asegurado mantenga la relación de dependencia.

Coberturas:

• Muerte por cualquier causa.

Suma Asegurada

La suma asegurada es fijada por resolución de la Superintendencia de Seguros de la Nación, siendo en la actualidad de $1.632.576,00

Para ser presentado ante

_____

Comunicación al Asegurado

Constancia de Cobertura

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nº 1567/74

El asegurado que se identifica en esta “Constancia de cobertura” tendrá derecho de solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al tomador del presente contrato de seguro.

La validez del presente certificado de cobertura se encuentra condicionado a:

• La totalidad del personal detallado haya estado declarado en ARCA al momento de la emisión de la presente constancia.

• Pago de la prima correspondiente en debido tiempo por parte del tomador.

• La póliza mantiene la vigencia mientras subsista la relación con el tomador habida al momento de la contratación.

Aprobado por la Superintendencia de Seguros de la Nación por Resolución N° 38.136 - Nro de Inscripción para operar en el Plan: 260.



Jorge Valencia
Gerente de Técnica y Suscripción
Póliza emitida por GGAL Seguros S.A.

16 de Julio de 2025

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado que atenderá las consultas y reclamos que presenten los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes.

El Servicio de Atención al Asegurado está integrado por un RESPONSABLE y un SUPLENTE, cuyos datos de contacto encontrará disponibles en la página web www.galiciaseguros.com.ar.

En caso de que el reclamo 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, correo electrónico a denuncias@ssn.gob.ar o formulario web a través de www.argentina.gob.ar/ssn

GGAL Seguros S.A.
Casa central: Tte. Gral. Juan Domingo Perón 430, Piso 7, (C1038AAJ), C.A.B.A. CUIT: 30-66322131-7.
Centro de Atención a Clientes 0800-555-9998 - contactanos@galiciaseguros.com.ar; www.galiciaseguros.com.ar
Si sos cliente de Banco Galicia podés escribirle a Gala por WhatsApp 11 4439 8558 y si no sos cliente de Banco Galicia podés escribirle a Laia por WhatsApp 11 3254 8281.