HOLANDO
SEGUROS

CERTIFICADO DE COBERTURA

Sección	Poliza	Certificado
Vida Obligatorio	**34780.0**	**9212241**
Vigencia de póliza	Moneda	
01/05/2025 al 30/04/2026	**Pesos**	

Certificamos que el/la Sr./Sra. **BF ARGENTINA S.A. Nro.Cuit: 30-69756612-7** ha contratado en nuestra Compañía un Seguro de Vida Colectivo Obligatorio / Decreto Nro. 1567/74, amparando al personal en relación de dependencia declarado ante el Sistema Unico de la Seguridad Social. Dicha cobertura es otorgada en los términos de la Resolución 35333 de la SSN cuyo texto el empleador declara conocer.

Personal Cubierto

20-34358432-7	**ABINET TOMAS**	**20-18029793-7**	**CINTO DIEGO FABIAN**
20-31470393-7	**CORONEL MARIANO ERNESTO**	**27-30611294-0**	**LANFRANCO VIGNOLO CAROLINA CELESTE**
20-26809179-4	**MORO EMILIANO**	**20-25282280-2**	**PAGANO FERNANDO DANIEL**
20-20213245-7	**PALMIERI CLAUDIO MIGUEL**	**20-38398143-4**	**RUIZ DIAZ JORGE EZEQUIEL**
20-95947029-5	**SILVA LAYA EDWIN LEE**		

Son beneficiarios de este seguro los designados por el personal asegurado.
En caso de no efectuarse designación de beneficiario/s o si por cualquier causa la designación se tornara ineficaz, o quede sin efecto, se estará a lo reglado por los Artículos 53º y 54º de la Ley Nº 24.241 (Art. 8º Resolución 35333 de la SSN).
Este certificado tendrá validez en tanto y en cuanto el personal detallado en el apartado "Personal cubierto" haya sido declarado por el Empleador ante la AFIP mediante el mecanismo de Alta temprana, en la nómina mensual del Sistema Único de la Seguridad Social.
Asimismo, dejamos constancia que la cobertura del contrato estará sujeta a lo expresado en el Anexo de la Resolución SSN 40.629 / 2017 en su art. 13 - Suspensión de la cobertura por falta de pago del premio - Rescisión.

Libre deuda: Los pagos correspondientes a la prima del presente seguro han sido abonados por el empleador hasta el período 06/2025. Ultimo pago registrado: 14/07/2025. Para ser presentado ante quien corresponda.
Vencimiento del presente Certificado: 07/09/2025

Se extiende el presente certificado 08 días del mes de Agosto del 2025, para ser presentado ante Consorcio de propietarios edificio Torre Catalinas Norte 30-57260121-4 Finma SAIF 30-53046172-2 Santa Maria SAIF 30-53025856-0 Siderca SAIC 30-55081599-7 , quedando su validez y vigencia sujeta a las condiciones generales y particulares de la póliza de la referencia y del Decreto 1567/74.-

p.p.LA HOLANDO SUDAMERICANA
COMPAÑIA DE SEGUROS SOCIEDAD ANÓNIMA

Ernesto A. Levi - PRESIDENTE

HOLANDO
SEGUROS

CERTIFICADO DE COBERTURA

Sección	Poliza	Certificado
Vida Obligatorio	**34780.0**	**9212248**
Vigencia de póliza	Moneda	
01/05/2025 al 30/04/2026	**Pesos**	

Certificamos que el/la Sr./Sra. **BF ARGENTINA S.A. Nro.Cuit: 30-69756612-7** ha contratado en nuestra Compañía un Seguro de Vida Colectivo Obligatorio / Decreto Nro. 1567/74, amparando al personal en relación de dependencia declarado ante el Sistema Unico de la Seguridad Social. Dicha cobertura es otorgada en los términos de la Resolución 35333 de la SSN cuyo texto el empleador declara conocer.

Personal Cubierto

20-27191726-1	**ACEVEDO MARCELO JAVIER**	**23-37176098-9**	**AP IWAN GASTON FEDERICO**
20-38521395-7	**ARIAS LUCAS EMANUEL**	**20-32409289-8**	**BATALLANES RICARDO RUBEN**
23-42400516-9	**BUSTOS FUNES IÑAKI RAFAEL**	**20-95004610-5**	**CABELLO AMEZQUITA PABLO ALEJANDRO**
20-41262910-9	**CABRERA CAZENAVE MARTIN IGNACIO**	**27-26119752-4**	**CANTELLI VANESA DANIELA**
20-40832694-0	**CARRASCO FEDERICO GONZALO**	**27-42391249-4**	**CHACON BARBARA LUANA**
20-38601386-2	**CHIMISKI PABLO NICOLAS**	**20-31346796-2**	**CONDE NICOLAS GUSTAVO**
27-41657196-7	**CROSETTO, IARA ANAHÍ**	**20-33535781-8**	**DEL PIN EMILIO**
20-43325124-6	**DURAN ALAN GABRIEL**	**20-30158112-3**	**EGÜEZ, PABLO**
27-35531204-1	**GALLO ALEXIA ESTEFANIA**	**20-40641912-7**	**GARCIA ZIGARAN GASTON ALEJANDRO**
20-40643229-8	**GARRIZ BRIAN**	**20-38209086-2**	**GONZALEZ CHAPARRO LUCAS MARTIN**
27-38889775-4	**GRANDA CECILIA GABRIELA**	**20-42828405-5**	**GUIDI CORDERO CARLOS EMILIO**
20-33644375-0	**HARTL JUAN IGNACIO**	**20-38994533-2**	**HERMANN ERIC NICOLAS**
20-37360978-2	**HUESPI AMIR ALI**	**27-37386133-8**	**IBAÑEZ MIRELLA ALINA**
20-34065934-2	**LANCE JUAN CARLOS ENRIQUE**	**20-96250822-8**	**LISENA GUAPE MAURO ANTONIO**
20-44169711-3	**LUCARINI ACOSTA SANTINO LEONEL**	**20-31556053-6**	**LUCCHESI TEVEZ FERNANDO GABRIEL**
20-26915074-3	**LUCERO WALTER ORLANDO**	**20-46401092-1**	**LUNA PINETTA CRISTIAN GABRIEL**
27-19111009-4	**MACIAS ALVAREZ HAYDEE ALEJANDRA**	**20-31803363-4**	**MARTINET PABLO HERNAN**
20-40320878-8	**MARTINEZ GREGORIO**	**20-43286061-3**	**MEDINA AGUSTIN**
20-39283955-1	**MIGUEL JULIAN ALEJO**	**20-39103119-4**	**MORISETTI JUAN PABLO**
27-45236536-2	**MOYANO KIARA AILEN**	**27-19125947-0**	**MUJICA CARRERO NATALI VANESA COROMOTO**
20-36602175-3	**MUÑOZ SEBASTIAN MARCOS**	**20-31135889-9**	**MURGIA PABLO RICARDO**

HOLANDO
SEGUROS

CERTIFICADO DE COBERTURA

Sección	Poliza	Certificado
Vida Obligatorio	**34780.0**	**9212248**
	Moneda	
01/05/2025 al 30/04/2026	**Pesos**	

Certificamos que el/la Sr./Sra. **BF ARGENTINA S.A. Nro.Cuit: 30-69756612-7** ha contratado en nuestra Compañía un Seguro de Vida Colectivo Obligatorio / Decreto Nro. 1567/74, amparando al personal en relación de dependencia declarado ante el Sistema Unico de la Seguridad Social. Dicha cobertura es otorgada en los términos de la Resolución 35333 de la SSN cuyo texto el empleador declara conocer.

27-94092410-9	**OCHOA ARANDA JOHANNA**	**27-95851468-4**	**PADILLA FRIAS NADIUSKA NAZARETH**
20-25861665-1	**PARERA EXEQUIEL GONZALO**	**20-35159391-2**	**PEREMARTI CHRISTIAN**
20-40600021-5	**PINETTA PABLO MIGUEL**	**20-30954598-3**	**PIOMBI SERGIO GABRIEL**
20-31683439-7	**QUINTO EMILIANO**	**20-44554081-2**	**REBASA LUCAS**
20-22822724-3	**RICO MERCADO JORGE ALEJANDRO**	**27-24169123-9**	**RIFFO TERESA ALEJANDRA**
20-38695202-8	**RODRIGUEZ CALZADA BRAIAN EDGARDO**	**27-43317246-4**	**RODRIGUEZ LUCIA CAROLINA**
27-39926595-4	**RUIZ DAIANA FLORENCIA**	**20-32905096-4**	**SANABRIA EMMANUEL FERNANDO**
20-37148336-6	**SAUNDERS AGUSTIN**	**20-18792136-9**	**SEIJAS CAO SANTIAGO HERNANDO**
23-39798083-9	**VELA LUENGO AGUSTIN**		

HOLANDO
SEGUROS

CERTIFICADO DE COBERTURA

Son beneficiarios de este seguro los designados por el personal asegurado.
En caso de no efectuarse designación de beneficiario/s o si por cualquier causa la designación se tornara ineficaz, o quede sin efecto, se estará a lo reglado por los Artículos 53º y 54º de la Ley Nº 24.241 (Art. 8º Resolución 35333 de la SSN).
Este certificado tendrá validez en tanto y en cuanto el personal detallado en el apartado "Personal cubierto" haya sido declarado por el Empleador ante la AFIP mediante el mecanismo de Alta temprana, en la nómina mensual del Sistema Único de la Seguridad Social.
Asimismo, dejamos constancia que la cobertura del contrato estará sujeta a lo expresado en el Anexo de la Resolución SSN 40.629 / 2017 en su art. 13 - Suspensión de la cobertura por falta de pago del premio - Rescisión.

Libre deuda: Los pagos correspondientes a la prima del presente seguro han sido abonados por el empleador hasta el período 06/2025. Ultimo pago registrado: 14/07/2025. Para ser presentado ante quien corresponda.
Vencimiento del presente Certificado: 07/09/2025

Se extiende el presente certificado 08 días del mes de Agosto del 2025, para ser presentado ante BBVA Banco Frances S.A. CUIT: 30-50000319-3, quedando su validez y vigencia sujeta a las condiciones generales y particulares de la póliza de la referencia y del Decreto 1567/74.-

p.p.LA HOLANDO SUDAMERICANA
COMPAÑIA DE SEGUROS SOCIEDAD ANÓNIMA

Ernesto A. Levi - PRESIDENTE