Buenos Aires, lunes 1 de septiembre de 2025
Señores
BLUES WATER S.R.L.
Presente

Ref.:Seguro Riesgos del Trabajo
Ley de Riesgos del Trabajo N° 24.557

De nuestra consideración:

Por medio de la presente extendemos constancia del Seguro de Riesgos del Trabajo según las siguientes especificaciones:

La empresa **BLUES WATER S.R.L.,** contrato Nro. **210662**, Póliza Digital SRT Nro.**4624522**, C.U.I.T. **30710189184**, actividad **Alquiler de maquinaria y equipo n.c.p., sin personal**, cobertura: **según Ley de Riesgos del Trabajo N°24.557**, límites: **según lo establecido en la Ley de Riesgos del Trabajo N° 24557** , ubicación: **República Argentina**. Vigencia: **1 de julio de 2018 - 30 de junio de 2026**

El presente certificado tendrá **validez** hasta el **1 de octubre de 2025**.

Nómina del personal cubierto:

20389353966	AYALA FRANCO NAHUEL
20256463300	CHURA MIRABAL JOSE MARIA
20297898702	COSTA ARIEL HERNAN
23338408919	RESILLE PABLO GASPAR
27963942880	RIVERA VILORIA ALFREDO JOSE
20403060780	VILLARREAL SEBASTIAN ADRIAN
20421382787	ZELARAYAN FACUNDO DAVID

Sonia Bonomi
Gerente de Operaciones
SWISS MEDICAL ART S.A.

La presente nómina se confirmará con los CUIL declarados con el pago de las cargas sociales del mes en curso.

Código de autenticidad: 60-210765-3134849.

Si Ud. deseara verificar la autenticidad del presente certificado, comuníquese con el Centro de Atención al Cliente al teléfono 0800-222-7854.

Buenos Aires, lunes 1 de septiembre de 2025
Señores
BLUES WATER S.R.L.
Presente

Ref.:Seguro Riesgos del Trabajo
Ley de Riesgos del Trabajo N° 24.557

De nuestra consideración:

Atento a su requerimiento y a los fines de cumplimentar las necesidades de su compañía les informamos que:

a) Conste por la presente que SWISS MEDICAL ART S.A., renuncia en forma expresa a reclamar o iniciar toda acción de repetición o de regreso contra **Asociación Civil Educativa Escocesa San Andres 30-52982680-6,** sus funcionarios, empleados, obreros y/o sus derechohabientes, sea con fundamento en el art. 39, ap. 5, de la Ley Nº 24.557, sea en cualquier otra norma jurídica, con motivo de las prestaciones en especie o dinerarias que se vea obligada a abonar, contratar u otorgar al personal dependiente o ex dependiente de **BLUES WATER S.R.L.,** amparados por la cobertura del Contrato de Afiliación Nº **210662**, Póliza Digital SRT Nro. **4624522**, por accidentes del trabajo, accidentes in itinere o enfermedades profesionales, ocurridos o contraídas por el hecho o en ocasión del trabajo. Esta **Cláusula de no repetición** cesará en sus efectos si el empresario comitente a favor de quien se emite, no cumple estrictamente con las medidas de prevención e higiene y seguridad en el trabajo, o de cualquier manera infringe la Ley Nº 19.587; su Decreto Reglamentario Nº 351/79 y las normativas que sobre el particular ha dictado la Superintendencia de Riesgos del Trabajo; las Provincias y la Ciudad Autónoma de la Ciudad de Buenos Aires en el ámbito de su competencia.

b) El presente certificado tiene una vigencia de 30 días contados desde la fecha de emisión.

Sonia Bonomi
Gerente de Operaciones
SWISS MEDICAL ART S.A.

Código de autenticidad: 62-210765-3134912.

Si Ud. deseara verificar la autenticidad del presente certificado, comuníquese con el Centro de Atención al Cliente al teléfono 0800-222-7854.

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio
Decreto N° 1567/74

Galicia Seguros

Póliza Nº: CO10-10-187234 **Certificado Nº: 7234-9001-1** **Endoso N°: 0**

Tomador:
BLUES WATER S.R.L.
RIO DE JANEIRO 1805
01640 MARTINEZ
BUENOS AIRES
CUIT/CUIL: 30710189184

Productor-Asesor:
DIRECTO BANCOS
Matrícula SSN: 0000000000

Reemplaza Póliza:

Fecha de Emisión:
31/8/2025

Vigencia:
1/9/2025 - 31/8/2026

Capital Asegurado por Persona:
$1.632.576,00

Prima Total:
$0,205 mensuales por cada $1000.

Cantidad de Personas Aseguradas:
11

Cobertura:
Muerte por cualquier causa

Capital Total Asegurado:
17.958.336,00

Moneda del contrato:
PESOS

Prima: **3.681,45**	Derecho de Emisión: **12,00**
Modalidad de Pago: MENSUAL	Forma de pago: PAGO ARCA
Cláusulas y Anexos: Afiche	Canal de cobro: CAJA COMPA#IA
Medio de pago: EF	

EL PRESENTE SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO SE RIGE POR EL REGLAMENTO DEL SEGURO DE VIDA COLECTIVO OBLIGATORIO APROBADO POR LA RESOLUCIÓN SSN NRO. 35.333. SE FIJA EL DÍA 1 COMO FECHA INICIAL DE ESTA PÓLIZA AL EFECTO DE ESTABLECER LOS ANIVERSARIOS SUCESIVOS. OBLIGACIONES DEL TOMADOR EMPLEADOR (ART. 11, 13 Y 18 DEL REGLAMENTO DEL SEGURO DE VIDA OBLIGATORIO): PAGAR LOS PREMIOS CORRESPONDIENTES A LA COBERTURA DEL SEGURO DE VIDA OBLIGATORIO, EN FUNCIÓN A LA NOMINA DEL MES QUE DECLARA, TOMANDO EN CONSIDERACIÓN EL VALOR DEL PREMIO VIGENTE , CON LAS MISMAS MODALIDADES, PLAZOS Y CONDICIONES ESTABLECIDOS PARA EL PAGO DE LOS APORTES Y CONTRIBUCIONES CON DESTINO A LA SEGURIDAD SOCIAL (ART. 11). LA FALTA DE PAGO DE LAS PRIMAS EN EL PLAZO FIJADO PROVOCARA LA MORA EN FORMA AUTOMÁTICA Y LA SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA SIN NECESIDAD DE AVISO O INTIMACIÓN ALGUNA. LA COBERTURA SOLO SE REANUDARÁ A LAS 72 (SETENTA Y DOS) HORAS DE HABERSE ABONADO EL TOTAL DE LAS PRIMAS ADEUDADAS. LA COBERTURA SOLO PODRÁ SER REHABILITADA DENTRO DE LOS 60 (SESENTA) DÍAS DE LA FECHA DE SU SUSPENSIÓN. VENCIDO ESTE PLAZO, EL CONTRATO SE RESCINDIRÁ AUTOMÁTICAMENTE. LOS PAGOS REALIZADOS POR EL TOMADOR EMPLEADOR VENCIDO ESTE PLAZO NO DARÁN DERECHO A LA REHABILITACIÓN DEL CONTRATO (ART. 13). EL TOMADOR EMPLEADOR SERA DIRECTAMENTE RESPONSABLE POR EL PAGO DEL BENEFICIO ANTE LA FALTA DE CONCERTACIÓN DEL SEGURO, LA SUSPENSIÓN DEL SEGURO POR FALTA DE PAGO O PAGO INSUFICIENTE DEL PREMIO Y LA CONSECUENTE RESCISIÓN EN SU CASO , HARÁ DIRECTAMENTE RESPONSABLE AL EMPLEADOR POR EL PAGO DEL BENEFICIO (ART.18). ACTUALIZAR LA NOMINA DEL PERSONAL ASEGURADO: EN NINGÚN CASO LA ASEGURADORA SERA RESPONSABLE DEL PAGO DEL BENEFICIO POR EL FALLECIMIENTO DE LOS TRABAJADORES QUE NO HUBIESEN SIDO DADOS DE ALTA EN LA NOMINA DEL TOMADOR EMPLEADOR (ART. 11). EN CASO DE FALLECIMIENTO DE UN TRABAJADOR NO INCLUIDO EN LA NOMINA DE PERSONA, EL TOMADOR EMPLEADOR SERA DIRECTAMENTE RESPONSABLE DEL PAGO DEL BENEFICIO. CUANDO EL TEXTO DE LA PÓLIZA DIFIERA DEL CONTENIDO DE LA PROPUESTA, LA DIFERENCIA SE CONSIDERA APROBADA POR EL ASEGURADO SI NO RECLAMA DENTRO DE UN MES DE HABER RECIBIDO LA PÓLIZA.



LA PRESENTE PÓLIZA SE SUSCRIBE MEDIANTE FIRMA FACSIMILAR CONFORME LO PREVISTO EN EL PUNTO 7.8. DEL REGLAMENTO GENERAL DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA



Jorge Valencia
Apoderado

ESTA PÓLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN POR PROVEÍDO N° Res. SSN N° 25769 /98 y Res. SSN N° 38136/10.

Si sos cliente de Banco Galicia podés escribirle a **Gala por WhatsApp** (+54 9 11 4439 8558) y si no sos cliente de Banco Galicia podés escribirle a **Laia por WhatsApp** (+54 9 11 3254 8281).

HSBC SEGUROS DE VIDA (ARGENTINA) S.A.
CUIT 30-66322131-7 (nueva denominación
GGAL Seguros S.A. en trámite de aprobación)

02-6000-EXPEDIENTE

Centro de Atención a Clientes

0800 555 9998 | contactanos@galiciaseguros.com.ar | www.galiciaseguros.com.ar

GGAL Seguros S.A. CUIT:30-66322131-7

Tte. Gral. Juan Domingo Perón 430. Piso 7 C1038AAJ Ciudad Autónoma de Bs.As. Buenos Aires Argentina

Galicia Seguros

Póliza Nº: **CO10-10-187234** Certificado Nº: **7234-9001-1** Endoso N°: **0**

Servicio de Atención al Asegurado

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 **4114-8000 internos 8138/8165**. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web **www.galiciaseguros.com.ar.**
En caso de reclamo ante la entidad aseguradora no resuelto o desestimado, podrá denunciarlo a través de argentina.gob.ar/ssn

Para consultas o reclamos, comunicarse con GGAL Seguros S.A. al 0800 555 9998.

DE ACUERDO CON LO DEFINIDO EN LA RESOLUCIÓN 39766/16 DE LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN, LA SUMA ASEGURADA DEL SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO SERÁ EQUIVALENTE A LA DE 5,5 SALARIOS MÍNIMOS VITALES Y MÓVILES (SMVM). DICHA SUMA SE AJUSTARÁ ANUALMENTE CONFORME AL ÚLTIMO SMV PUBLICADO EN EL MES DE DICIEMBRE DE CADA AÑO. LA SUMA ASEGURADA QUE RESULTE DE LA ACTUALIZACIÓN ANUAL ENTRARÁ EN VIGENCIA A PARTIR DEL 1° DE MARZO DEL AÑO SIGUIENTE.

.

SEÑOR EMPLEADOR/ TOMADOR RECUERDE QUE UD. PUEDE REALIZAR CONSULTAS SOBRE SU PÓLIZA, INGRESANDO A: SEGUROSONLINE.GALICIASEGUROS.COM.AR Y REGISTRÁNDOSE COMO NUEVO USUARIO EN NUESTRO MICROSITIO. (RESOLUCIÓN 40629-E/2017 - SSN)

.

PARA LOS EFECTOS DE ESTA POLIZA SE CONSIDERARAN VALIDAS TODAS LAS DESIGNACIONES DE BENEFICIARIOS REALIZADAS POR LOS ASEGURADOS QUE EL TOMADOR PROVEA A ESTA ASEGURADORA DECLARANDO QUE ES LA ULTIMA DISPOSICION DE VOLUNTAD DEL ASEGURADO QUE OBRA EN SU PODER. EN CASO DE NO ENTREGARSE A ESTA ASEGURADORA DESIGNACION DE BENEFICIARIO/S O SI POR CAUSA LA DESIGNACION SE TORNARA INEFICAZ, O QUEDE SIN EFECTO, SE ESTARÁ A LO REGLADO POR LOS ARTICULOS 53° Y 54° DE LA LEY Nº 24.241.

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio
Decreto N° 1567/74

Galicia Seguros

Póliza Nº: **CO10-10-187234** Certificado Nº: **7234-9001-1** Endoso N°: **0**

Tomador:
BLUES WATER S.R.L.

Fecha de emisión del Certificado/Endoso:
31-8-2025

Por medio de la presente, se deja constancia que la/s persona/s que se detallan al pie, se encuentran aseguradas en nuestra Compañía en el ramo de Vida Colectivo con vigencia **1-9-2025** al **31-8-2026**

Nóminas Dadas de Alta	Fecha Nacimiento	Capital Asegurado	CUIL/Documento
FRANCINELLA , CARLOS DAVID			20229546482
GALLIGANI , LUIS ELIO			20233519252
CHURRA MIRABAL, JOSE MARIA			20256463300
COSTA , ARIEL HERNAN			20297898702
AYALA , FRANCO NAHUEL			20389353966
VILLARREAL , SEBASTIAN ADRIAN			20403060780
ZELARAYAN , FACUNDO DAVID			20421382787
ARRUA , JULIAN ALEJANDRO			20423644983
PAEZ , GERMAN ALTAIR			20424333779
RESILLE , PABLO GASPAR			23338408919
RIVERA , VILORIA ALFREDO JOSE			27963942880

Nóminas dadas de alta:
000000011

Nóminas dadas de baja:
000000000

Total Capitas Nominadas:
000000011

Si sos cliente de Banco Galicia podés escribirle a **Gala por WhatsApp** (+54 9 11 4439 8558) y si no sos cliente de Banco Galicia podés escribirle a **Laia por WhatsApp** (+54 9 11 3254 8281).

HSBC SEGUROS DE VIDA (ARGENTINA) S.A.
CUIT 30-66322131-7 (nueva denominación
GGAL Seguros S.A. en trámite de aprobación)

02-6000-EXPEDIENTE

Centro de Atención a Clientes

0800 555 9998 contactanos@galiciaseguros.com.ar www.galiciaseguros.com.ar

GGAL Seguros S.A. CUIT:30-66322131-7

.

Tte. Gral. Juan Domingo Perón 430. Piso 7 C1038AAJ Ciudad Autónoma de Bs.As. Buenos Aires Argentina

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio
Decreto N° 1567/74

Galicia Seguros

Póliza Nº: **CO10-10-187234** Certificado Nº: **7234-9001-1** Endoso N°: **0**

Total Capitas de la Operación:

+11

Este certificado fue impreso en Capital Federal el **3 de SEPTIEMBRE de 2025**

Si sos cliente de Banco Galicia podés escribirle a **Gala por WhatsApp** (+54 9 11 4439 8558) y si no sos cliente de Banco Galicia podés escribirle a **Laia por WhatsApp** (+54 9 11 3254 8281).

HSBC SEGUROS DE VIDA (ARGENTINA) S.A.
CUIT 30-66322131-7 (nueva denominación
GGAL Seguros S.A. en trámite de aprobación)

02-6000-EXPEDIENTE

Centro de Atención a Clientes

0800 555 9998

contactanos@
galiciaseguros.com.ar

www.galiciaseguros.com.ar

GGAL Seguros S.A. CUIT:30-66322131-7

.

Tte. Gral. Juan Domingo Perón 430. Piso 7 C1038AAJ Ciudad Autónoma de Bs.As. Buenos Aires Argentina