Constancia de Cobertura

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nº 1567/74

Cia aseguradora: SEGUROS GALICIA S.A.
Nº de Póliza: CO10 10 183597
Vigencia desde 1/01/2026 al 31/01/2026

Nombre Tomador: SISTEMAS GLOBALES SA
CUIT/CUIL: 30708406917
Domicilio: AVDA DEL LIBERTADOR 4980 7 B, CAPITAL FEDERAL, CIUDAD DE BS. AS.

Detalle del personal asegurado

Nombre	Apellido	CUIL
Claudia	Silvestrini	27248858848
Luciana	Genaizir	27299688890
Melisa	Aguilera	27359270181
Sofia	Gonzalez	23318797374

El contratante de la presente póliza certifica que los asegurados informados en esta constancia se hallan declarados en el S.U.S.S. (Sistema Único de Seguridad Social).
La cobertura de la mencionada póliza se encuentra condicionada, al cumplimiento de las cláusulas de pago del premio, inserta en sus condiciones generales (art. 11 y 12).
Se extiende la presente constancia a pedido del asegurado y para ser presentado ante quien corresponda.

COBERTURA

- 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 (Pesos un millón seiscientos treinta y dos mil quinientos setenta y seis)

COMUNICACIÓN AL ASEGURADO

- 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 de la presente constancia de cobertura se encuentra condicionado a:

- La presentación en el plazo previsto en la póliza por parte del tomador, de la lista de asegurados detallada en el presente certificado;
- 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 Proveído N° 160.576 – Expediente 106576.

Jorge Valencia
Gerente de Técnica y Suscripción

Buenos Aires, 14 de enero de 2026

Constancia de Cobertura

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nº 1567/74

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

Constancia de Cobertura

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nº 1567/74

Cia aseguradora: SEGUROS GALICIA S.A.
Nº de Póliza: CO10 10 183601
Vigencia desde 1/01/2026 al 31/01/2026

Nombre Tomador: BSF S A
CUIT/CUIL: 30708928387
Domicilio: DARRAGUEIRA 7097, CHACRAS DE CORIA, MENDOZA

Detalle del personal asegurado

Nombre	Apellido	CUIL
Cristian	Cañas	20334609384
Diego	Verdechia	23289328289
Javier	Barbosa	20231737619

El contratante de la presente póliza certifica que los asegurados informados en esta constancia se hallan declarados en el S.U.S.S. (Sistema Único de Seguridad Social).
La cobertura de la mencionada póliza se encuentra condicionada, al cumplimiento de las cláusulas de pago del premio, inserta en sus condiciones generales (art. 11 y 12).
Se extiende la presente constancia a pedido del asegurado y para ser presentado ante quien corresponda.

COBERTURA

- 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 (Pesos un millón seiscientos treinta y dos mil quinientos setenta y seis)

COMUNICACIÓN AL ASEGURADO

- 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 de la presente constancia de cobertura se encuentra condicionado a:

- La presentación en el plazo previsto en la póliza por parte del tomador, de la lista de asegurados detallada en el presente certificado;
- 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 Proveído N° 160.576 – Expediente 106576.

Jorge Valencia
Gerente de Técnica y Suscripción

Buenos Aires, 14 de enero de 2026

RESTRICTED

Constancia de Cobertura

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nº 1567/74

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

RESTRICTED