Seguro Colectivo de Vida Obligatorio
Decreto N° 1567/74

Galicia Seguros

Póliza Nº: CO10-10-194941 Certificado Nº: **4941-9001-1** Endoso N°: **1**

Tomador:
MARTINEZ DE ALZAGA SA
25 DE MAYO 565 7 A
01002 CAPITAL FEDERAL
CIUDAD DE BS. AS.
CUIT/CUIL: 30647535409

Productor-Asesor:
DIRECTO DERISKING
Matrícula SSN: 0000000001

Motivo del Endoso:
REFACTURACION
Reemplaza Póliza:

Fecha de Emisión:
31/3/2026

Vigencia:
1/4/2026 - 28/2/2027

Capital Asegurado por Persona:
$2.071.300,00

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

Cantidad de Personas Aseguradas:
81

Cobertura:
Muerte por cualquier causa

Capital Total Asegurado:
167.775.300,00

Moneda del contrato:
PESOS

Prima: **13.893,93**	Derecho de Emisión: **0,00**
Modalidad de Pago: MENSUAL	Forma de pago: PAGO ARCA
	Canal de cobro: CAJA COMPA#IA
Medio de pago: PA	

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.

*DCBDB8A79C274E0387E3137810194941/00**

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).

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

02-6000-EXPEDIENTE

Galicia Seguros

Póliza Nº: **CO10-10-194941** Certificado Nº: **4941-9001-1** Endoso N°: **1**

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: **CO10-10-194941** Certificado Nº: **4941-9001-1** Endoso N°: **1**

Tomador:
MARTINEZ DE ALZAGA SA

Fecha de emisión del Certificado/Endoso:
31-3-2026

Motivo del Endoso

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 **1-4-2026** al **28-2-2027**

Nóminas Dadas de Alta	Fecha Nacimiento	Capital Asegurado	CUIL/Documento
ABBATE , ZALAZAR GABRIELA FERNANDA			23266068964
ACOSTA , FRANCO AYRTON			23445957569
ALARCON , BARBARA BELEN			27396699511
ALBARRACIN , LUCAS ROLANDO			20289434136
AMEN , JUAN EDUARDO			20306527380
ANDRADE , SILVIA BEATRIZ			27173472582
AQUINO , GONZALO RUBEN			27389316607
ARAUJO , FERNANDEZ GISELA BEATRIZ			27403388667
ARIAS , LUCAS EZEQUIEL			20326407152
BAIXAULI , JEANETTE			23316519474
BALANZAT , MORA BARBARA			27453270683
BARRERA , VICTOR HUGO			20370177938
BENITEZ , FACUNDO GABRIEL			20441731184
BERNAL , RODRIGO NICOLAS			20429746702
BOMBILLAR , FEDERICO JAVIER			20368993310
BORGES , LUDMILA MAGALI			27424567227
BRIUSCHI , MARANZANO ROCIO PAULA			27355382902
BULACIO , CELESTE MAGALI			27449636185
CANCHI , YESICA FLORENCIA			27371060559
CAPELLI , CARLOS ALBERTO			23325464739
CASARES , MARIA VICTORIA			27353437726
CHAZARRETA , LAURA DANIELA			27329480734
CICCIA , DIEGO OSCAR			20247185276

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).

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: **CO10-10-194941** Certificado Nº: **4941-9001-1** Endoso N°: **1**

Nóminas Dadas de Alta	Fecha Nacimiento	Capital Asegurado	CUIL/Documento
COLAPRETE , GONZALEZ MATEO			20452396174
CONTRERAS , FUENTES AGUSTINA CELESTE			27396555099
COSTAS , JESICA SOLEDAD			27336064681
DIAZ , CORTEZ MELINA NAHIR			27433972738
DIAZ , DE LA PIEDRA JULIETA VALERIA			27439189962
FARINO , SILVANA VALERIA			24271471919
FERNANDEZ , MICAELA AGUSTINA			27422835402
FERREYRA , WALTER HORACIO			20238062935
GALVAN , PABLO ADRIAN			20305578437
GENCHI , SANDRA MABEL			27177656785
GERASIMIEG , DUARTE SANDRA SUSANA			27238461036
GIMENEZ , MARIA BELEN			27396289348
GONZALEZ , IGNACIO			20428736835
GUAYMAS , PRISCILA AYELEN			27465020135
GUIDI , ROBERTO			20936509100
INSAURRALDE , SERGIO AQUILES			20431820626
LARAIGNEE , JORGELINA BEATRIZ			27343048152
LAVEGA GALLARDO , GABRIELA CECILIA			27257781920
LEANDRO , RASCHELLA			20453131794
LEDESMA , PAULA ANDREA			27269745369
LEYES , MELINA EUGENIA			27393336124
LLACER , CLAUDIO EMILIANO			20228905454
LOPEZ , SILVANA LAURA			27225749049
MAJERIC , MARIA BELEN			27333396969
MARSILI , LAURA FERNANDA			27263832189
MARTINEZ , GUSTAVO			20231255746
MARTINEZ VIDAL , NICOLAS			20465821753
MERLANO , PATRICIA SONIA			27185468165
MIELE , GISELLA			27282830561
MIRANDA , GERARDO DANIEL			20118921691
MIRANDA LIMACHI , MARIA RENEE			27190583851
MOREYRA , MAZUR GERMAN EXEQUIEL			20422529560
OLIVA , MARIA DEL ROSARIO			27283213264
ORTEGOZA , MONICA LILIANA			27207432070
PALOMARES , ROMINA ELIZABETH			27286852144
PERAZZA , JULIETA GERALDINE			23458694664

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).

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: **CO10-10-194941** Certificado Nº: **4941-9001-1** Endoso N°: **1**

Nóminas Dadas de Alta	Fecha Nacimiento	Capital Asegurado	CUIL/Documento
PFLÜGER , MARIA VERONICA			27305942788
PONCE , CELESTE MAGALI			27436161811
PORTALUPPI , CRISTIAN MARTIN			20360642462
RAGGI , ALEJANDRO NATALIO			20392883429
REGAL , GLADYS ROSA			27311198144
RICCI , MARTINA ABRIL			27440916088
RODRIGUEZ , ANABELLA			27391616510
ROVETTA , CINTYA VERONICA			27418558208
RUIZ DIAZ , ANGELES VICTORIA			27476545736
SANCHEZ , ROMINA GISELA			23369921304
SANTANDER , LUZ GISELLE			27428751162
SAPIENZA , JULIETA SOLEDAD			27311755582
SISNIEGA , MARIA VIRGINIA			27284975508
SOSENA , JEREMIAS			20430811186
TAMBUTTO , SANDRO EMILIANO			20288265209
TOLAY , CECILIA KARINA			27230934830
TOLOSA , JESICA MARIEL			27332845077
TORRES , CARINA ANABELLA			27246264193
VALERY MONTILLA , THAILYS ETMAR			27956728814
VILAR , ESPOSITO KAREN MICAELA			27464240026
VILLALBA , CABRERA AXEL RUBEN			20446411358
ZMUDZINSKI , MONICA ELENA			27177108486

Nóminas dadas de alta:	**Nóminas dadas de baja:**	**Total Capitas Nominadas:**
000000081	000000000	000000081

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).

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: **CO10-10-194941** Certificado Nº: **4941-9001-1** Endoso N°: **1**

Total Capitas de la Operación:
+81

Este certificado fue impreso en Capital Federal el **30 de ABRIL de 2026**

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).

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