HOLANDO
SEGUROS

# CERTIFICADO DE COBERTURA

| Sección | Poliza | Certificado |
|---|---|---|
| **Vida Obligatorio** | **64191.3** | **9234162** |
| Vigencia de póliza | Moneda | |
| **01/09/2026 al 31/08/2027** | **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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **23-37176098-9** | **AP IWAN GASTON FEDERICO** | **20-38521395-7** | **ARIAS LUCAS EMANUEL** |
| **20-38089811-0** | **ARIZAGA HERNAN PABLO** | **20-94095087-3** | **BARBEITO BENITEZ AGUSTIN** |
| **20-32409289-8** | **BATALLANES RICARDO RUBEN** | **20-45679163-9** | **BENITEZ FERNANDO ELIAN** |
| **27-41548103-4** | **BORRELLI DELFINA** | **20-31541144-1** | **BRITO ALBERTO MARTIN** |
| **20-39829689-4** | **CAMPOPIANO RAMIREZ MATIAS EZEQUIEL** | **27-26119752-4** | **CANTELLI VANESA DANIELA** |
| **27-42391249-4** | **CHACON BARBARA LUANA** | **20-31346796-2** | **CONDE NICOLAS GUSTAVO** |
| **27-41657196-7** | **CROSETTO IARA ANAHI** | **20-37740169-8** | **DIAZ CASAS FACUNDO ISMAEL** |
| **20-30158112-3** | **EGÃ¿EZ PABLO** | **27-35531204-1** | **GALLO ALEXIA ESTEFANIA** |
| **23-45295469-9** | **GIACOMINO GONZALO NAHUEL** | **20-38209086-2** | **GONZALEZ CHAPARRO LUCAS MARTIN** |
| **27-38889775-4** | **GRANDA CECILIA GABRIELA** | **20-33644375-0** | **HARTL JUAN IGNACIO** |
| **20-37360978-2** | **HUESPI AMIR ALI** | **27-37386133-8** | **IBAÃ¿EZ MIRELLA ALINA** |
| **20-34065934-2** | **LANCE JUAN CARLOS ENRIQUE** | **20-18272201-5** | **LUC GABRIEL ALEJANDRO** |
| **20-46401092-1** | **LUNA PINETTA CRISTIAN GABRIEL** | **27-19111009-4** | **MACIAS ALVAREZ HAYDEE ALEJANDRA** |
| **20-31462964-8** | **MALDONADO GONZALO EZEQUIEL** | **20-31803363-4** | **MARTINET PABLO HERNAN** |
| **20-40320878-8** | **MARTINEZ GREGORIO** | **20-43286061-3** | **MEDINA AGUSTIN** |
| **20-39283955-1** | **MIGUEL JULIAN ALEJO** | **27-45236536-2** | **MOYANO KIARA AILEN** |
| **20-36602175-3** | **MUÃ¿OZ SEBASTIAN MARCOS** | **27-19125947-0** | **MUJICA CARRERO NATALI VANESA COROMOTO** |
| **27-94092410-9** | **OCHOA ARANDA JOHANNA** | **20-19145895-9** | **PADILLA FRIAS NADIUSKA NAZARETH** |
| **20-25861665-1** | **PARERA EXEQUIEL GONZALO** | **20-35159391-2** | **PEREMARTI CHRISTIAN** |
| **20-30954598-3** | **PIOMBI SERGIO GABRIEL** | **20-31683439-7** | **QUINTO EMILIANO** |
| **20-44554081-2** | **REBASA LUCAS** | **27-43317246-4** | **RODRIGUEZ LUCIA CAROLINA** |

HOLANDO
SEGUROS

# CERTIFICADO DE COBERTURA

| Sección | Poliza | Certificado |
|---|---|---|
| **Vida Obligatorio** | **64191.3** | **9234162** |
| | Moneda | |
| **01/09/2026 al 31/08/2027** | **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.

| | | | |
|---|---|---|---|
| **20-44728328-0** | **ROMERO VALENTIN UZIEL** | **27-39926595-4** | **RUIZ DAIANA FLORENCIA** |
| **20-37148336-6** | **SAUNDERS AGUSTIN** | **20-18792136-9** | **SEIJAS CAO SANTIAGO HERNANDO** |
| **20-43072637-5** | **SORIA BORIZO DIEGO LAUTARO** | **27-28807866-7** | **TALIBERTI MARIA CRUZ** |
| **23-39798083-9** | **VELA LUENGO AGUSTIN** | **20-26287546-7** | **VESELICH FRANCISCO JOSE** |

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 07/2026. Ultimo pago registrado: 12/08/2026. Para ser presentado ante quien corresponda.
Vencimiento del presente Certificado: 28/10/2026

Se extiende el presente certificado 28 días del mes de Septiembre del 2026, para ser presentado ante , 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