Constancia de Cobertura

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nº 1567/74

Cia aseguradora: SEGUROS GALICIA S.A.
Nº de Póliza: CO10 10 194365
Vigencia desde *01/08/2026* al *31/08/2026*

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 ANDREA	GENAIZIR	27299688890

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 $ 2.071.300,00 (Pesos dos millones, setenta y un mil trescientos)

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, 26 de agosto de 2026

Seguros emitidos por GGAL SEGUROS S.A. – CUIT de la aseguradora: 30-66322131-7. Entidad autorizada por la Superintendencia de Seguros de la Nación. Registro Nº 0516

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.

RESPONSABLE: Daniel Romualdo Schmisser. Teléfono 4114-8000 int. 8138. Correo daniel.schmisser@galiciaseguros.com.ar
SUPLENTE: Braulio Gomez. Teléfono 4114-8000 int 8165. Correo braulio.gomez@galiciaseguros.com.ar

N° de inscripción SSN: 0589 Galicia Seguros S.A.U.

N° de inscripción SSN: 0025 Seguros Galicia S.A.
N° de inscripción SSN: 0443 Galicia Seguros de Retiro S.A.U.

Constancia de Cobertura

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nº 1567/74

Cia aseguradora: SEGUROS GALICIA S.A.
Nº de Póliza: CO10 10 194367
Vigencia desde *01/07/2026* al *31/07/2026*

Nombre Tomador: IAFH GLOBAL S.A.
CUIT/CUIL: 30708775890
Domicilio: CORREA 2442 6, CAPITAL FEDERAL, CIUDAD DE BS. AS.

Detalle del personal asegurado:

NOMBRE Y APELLIDO	CUIL
ALAN NICOLAS CARUSO	20388214954
CECILIA AYLEN BAIGORRIA SANCHEZ	27355728698

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 $ 2.071.300,00 (Pesos dos millones, setenta y un mil trescientos)

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, 29 de junio de 2026

Seguros emitidos por GGAL SEGUROS S.A. – CUIT de la aseguradora: 30-66322131-7. Entidad autorizada por la Superintendencia de Seguros de la Nación. Registro Nº 0516

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

Constancia de Cobertura

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nº 1567/74

Cia aseguradora: SEGUROS GALICIA S.A.
Nº de Póliza: CO10 10 194367
Vigencia desde *01/07/2026* al *31/07/2026*

Nombre Tomador: IAFH GLOBAL S.A.
CUIT/CUIL: 30708775890
Domicilio: CORREA 2442 6, CAPITAL FEDERAL, CIUDAD DE BS. AS.

Detalle del personal asegurado:

NOMBRE Y APELLIDO	CUIL
ALAN NICOLAS CARUSO	20388214954
CECILIA AYLEN BAIGORRIA SANCHEZ	27355728698

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 $ 2.071.300,00 (Pesos dos millones, setenta y un mil trescientos)

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, 29 de junio de 2026

Seguros emitidos por GGAL SEGUROS S.A. – CUIT de la aseguradora: 30-66322131-7. Entidad autorizada por la Superintendencia de Seguros de la Nación. Registro Nº 0516

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

Constancia de Cobertura

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nº 1567/74

Cia aseguradora: SEGUROS GALICIA S.A.
Nº de Póliza: CO10 10 194365
Vigencia desde *01/08/2026* al *31/08/2026*

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 ANDREA	GENAIZIR	27299688890

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 $ 2.071.300,00 (Pesos dos millones, setenta y un mil trescientos)

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, 26 de agosto de 2026

Seguros emitidos por GGAL SEGUROS S.A. – CUIT de la aseguradora: 30-66322131-7. Entidad autorizada por la Superintendencia de Seguros de la Nación. Registro Nº 0516

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.

RESPONSABLE: Daniel Romualdo Schmisser. Teléfono 4114-8000 int. 8138. Correo daniel.schmisser@galiciaseguros.com.ar
SUPLENTE: Braulio Gomez. Teléfono 4114-8000 int 8165. Correo braulio.gomez@galiciaseguros.com.ar

N° de inscripción SSN: 0589 Galicia Seguros S.A.U.

N° de inscripción SSN: 0025 Seguros Galicia S.A.
N° de inscripción SSN: 0443 Galicia Seguros de Retiro S.A.U.

Constancia de Cobertura

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nº 1567/74

Nro. de Póliza:	**CO10 10-194369 /4369-9001-000001**
Vigencia de la constancia:	01/10/2026 al 31/10/2026

Tomador:	**BSF S A**
CUIT/CUIL:	30708928387
Domicilio:	DARRAGUEIRA 7097
	5505 MENDOZA

Detalle del Personal Asegurado:

CUIT/CUIL	APELLIDO Y NOMBRE
23289328289	Verdecchia Diego Horacio
20231737619	Barbosa Edgardo Javier

Edad Fin de Cobertura:

• Siempre que el asegurado mantenga la relación de dependencia.

Coberturas:

• 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 $2.071.300,00

Para ser presentado ante

SUPERVIELLE

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 del presente certificado de cobertura se encuentra condicionado a:

• La totalidad del personal detallado haya estado declarado en ARCA al momento de la emisión de la presente constancia.

• 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 Resolución N° 38.136 - Nro de Inscripción para operar en el Plan: 260.

Constancia de Cobertura

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nº 1567/74



Jorge Valencia
Gerente de Técnica y Suscripción
Póliza emitida por GGAL Seguros S.A.

7 de Octubre de 2026

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

GGAL Seguros S.A.
Casa central: Tte. Gral. Juan Domingo Perón 430, Piso 7, (C1038AAJ), C.A.B.A. CUIT: 30-66322131-7.
Centro de Atención a Clientes 0800-555-9998 - contactanos@galiciaseguros.com.ar; www.galiciaseguros.com.ar
Si sos cliente de Banco Galicia podés escribirle a Gala por WhatsApp 11 4439 8558 y si no sos cliente de Banco Galicia podés escribirle a Laia por WhatsApp 11 3254 8281.

Constancia de Cobertura

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nº 1567/74

Nro. de Póliza:	**CO10 10-194365 /4365-9001-000001**
Vigencia de la constancia:	01/10/2026 al 31/10/2026

Tomador:	**SISTEMAS GLOBALES SA**
CUIT/CUIL:	30708406917
Domicilio:	AVDA DEL LIBERTADOR 4980 7 B
	1426 CAPITAL FEDERAL

Detalle del Personal Asegurado:

CUIT/CUIL	APELLIDO Y NOMBRE
27248858848	Silvestrini Claudia
27299688890	Genaizir Luciana Andrea

Edad Fin de Cobertura:

• Siempre que el asegurado mantenga la relación de dependencia.

Coberturas:

• 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 $2.071.300,00

Para ser presentado ante

SUPERVIELLE

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 del presente certificado de cobertura se encuentra condicionado a:

• La totalidad del personal detallado haya estado declarado en ARCA al momento de la emisión de la presente constancia.

• 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 Resolución N° 38.136 - Nro de Inscripción para operar en el Plan: 260.

Constancia de Cobertura

Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto Nº 1567/74



Jorge Valencia
Gerente de Técnica y Suscripción
Póliza emitida por GGAL Seguros S.A.

7 de Octubre de 2026

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

GGAL Seguros S.A.
Casa central: Tte. Gral. Juan Domingo Perón 430, Piso 7, (C1038AAJ), C.A.B.A. CUIT: 30-66322131-7.
Centro de Atención a Clientes 0800-555-9998 - contactanos@galiciaseguros.com.ar; www.galiciaseguros.com.ar
Si sos cliente de Banco Galicia podés escribirle a Gala por WhatsApp 11 4439 8558 y si no sos cliente de Banco Galicia podés escribirle a Laia por WhatsApp 11 3254 8281.