CAJA DE SEGUROS S.A.
C.U.I.T 30-66320562-1 ING.BRUTOS 901-157582-4
FITZ ROY 957
1414 - CIUDAD AUTONOMA BUENOS AIRES
CAPITAL FEDERAL
TEL. 4857-8118 FAX. 4857-8114

Constancia de Cobertura

Datos del Contratante

Contratante:	EATON INDUSTRIES (ARGENTINA) S.A.		
Domicilio:	LIMA 355 P.PB - CAPITAL FEDERAL		
Localidad:	CAPITAL FEDERAL	**Codigo postal:**	1,073
Provincia:	CIUDAD AUTONOMA BUENOS AIRES		
Documento/cuit/cuil:	30688428846		

Datos del Seguro

Número de póliza:	**39613**
Ramo:	**VIDA OBLIGATORIO (DECRETO LEY 1567/74 Y SUS MODIFICACIONES)**

Riesgos:	**Suma asegurada:**
MUERTE POR CUALQUIER CAUSA	**$ 181,500.00**

Vigencia Cobertura:	**Desde las 12 hs. del : 01/10/2021**	**Hasta las 12 hs. del : 30/09/2022**

Datos de Asegurado/s

NOMBRE ASEGURADO	TIPO DOC	NRO DOCUMENTO
ALANIZ CORREA EZEQUIEL JULIO .	CUIT	20333050960
ALDERETE MARCELO ALEJANDRO .	CUIT	20171101493
AMBROGIO HERNAN ALEJANDRO .	CUIT	20234174011
ARBOLEAS JONATHAN NAHUEL .	CUIT	20351464411
ARIOLA GABRIEL .	CUIT	20262943063
BOUCHARD KARINA EDITH .	CUIT	27251883934
CATENA GONZALO JORGE .	CUIT	20330197499
CATTANEO MARGARITA OLGA .	CUIT	27122130636
COMPOSTO ROXANA PATRICIA .	CUIT	27242281050
CONTE RAUL ALBERTO .	CUIT	20293167592
DE PAULA SILVA RODRIGO .	CUIT	20956471592
DIP SILVIA GRACIELA .	CUIT	27217313053
ERRO RODRIGO GABRIEL .	CUIT	23256760479
FERRETTI RUBEN DARIO .	CUIT	20181915197
IGLESIAS CRISTIAN PABLO DAVID .	CUIT	20206479109
IÑIGO MIGUEL ALEJANDRO .	CUIT	20264403457

CAJA DE SEGUROS S.A.
C.U.I.T 30-66320562-1 ING.BRUTOS 901-157582-4
FITZ ROY 957
1414 - CIUDAD AUTONOMA BUENOS AIRES
CAPITAL FEDERAL
TEL. 4857-8118 FAX. 4857-8114

Constancia de Cobertura

LEDEZMA GUSTAVO DANIEL	.	CUIT	20300342087
LETO JUAN PABLO	.	CUIT	20353370767
LIFRIERI OSCAR CHRISTIAN	.	CUIT	20239582797
LOPEZ MARIO ROBERTO	.	CUIT	20141471954
LUCCA JERONIMO ANDRES	.	CUIT	20277674271
MALACHOWOSKYJ GUILLERMO	.	CUIT	20181648334
MOFFA BRUNO	.	CUIT	20402313529
NARANJO MONASTERIO JOSE GREGORIO	.	CUIT	20958387483
NARVAEZ ANDREA LUCIA	.	CUIT	27303062438
NYGAARD FRANCISCO JOSE	.	CUIT	20108724693
OLIVIERI RUBEN JAVIER	.	CUIT	23148322619
ORTUÑO FLORES WENCESLAO	.	CUIT	20932793351
OYENE CHRISTIAN EDGARDO	.	CUIT	20251568058
PAFUNDI JOSE	.	CUIT	20133147048
QUISPE SANTALLA ROXANA	.	CUIT	27943129873
RIZZUTO ANGEL OSCAR	.	CUIT	20149905813
RODRIGUEZ CINTHIA NATALIA	.	CUIT	23297187554
ROJAS AÑEZ EDDER JOHAN	.	CUIT	23956742889
ROMBOLA COSME JOSE	.	CUIT	20228089940
SAGGIORATO GABRIEL IGNACIO	.	CUIT	20253600749
SIMONE ARIEL FERNANDO	.	CUIT	20237536410
SOKOLUK RUTH ABIGAIL	.	CUIT	23285508894
SPARTI CARLA ANDREA	.	CUIT	27233298250
SVAR LEONEL ISAAC	.	CUIT	20299011152
VELOZO ROXANA YANINA	.	CUIT	27296751605
VELOZO VANESA SOLEDAD	.	CUIT	27351677762
VERARDO MARIO RUBEN	.	CUIT	20121635721
VILLARREAL OMIL MARIA DOLORES	.	CUIT	27331021038

Comunicacion al asegurado: el asegurado que se identifica en este "certificado de incorporación" tendrá derecho a solicitar una copia de la póliza oportunamente entregada al tomador del presente contrato de seguro.

Señor asegurado: designar sus beneficiarios en la cobertura que está contratando es un derecho que usted posee. La no designación de beneficiarios, o su designación errónea puede implicar demoras en la liquidación del beneficio. Así mismo, usted tiene derecho a efectuar o a modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad.

CAJA DE SEGUROS S.A.
C.U.I.T 30-66320562-1 ING.BRUTOS 901-157582-4
FITZ ROY 957
1414 - CIUDAD AUTONOMA BUENOS AIRES
CAPITAL FEDERAL
TEL. 4857-8118 FAX. 4857-8114

Constancia de Cobertura

Advertencia. Cobertura de los dependientes: se deja claramente establecido que sólo quedarán cubiertos bajo este seguro los empleados en relación de dependencia con el tomador que, al momento del siniestro, se encuentren dados de alta en el SUSS.

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. En caso de no haber sido resuelto el mismo o que haya sido denegada su admisión o desestimado, total o parcialmente, podrá acudir al Departamento de Orientación y Asistencia del Asegurado (D.O.A.A.), dependiente de la Superintendencia de Seguros de la Nación. A tal fin deberá dirigirse a: Av. Julio A. Roca 721 (C1067ABC) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el horario de 10:30 a 17:30 hs; o bien comunicándose telefónicamente al 0-800-666-8400 o 4338-4000 (líneas rotativas), por correo electrónico a "consultasydenuncias@ssn.gob.ar" o vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gob.ar. A través de las mencionadas vías de comunicación podrá solicitar a su vez información con relación a la entidad aseguradora.

La presente constancia se emite en la Ciudad de Buenos Aires al: **30/05/2022** para ser presentada ante **Quien corresponda** estando sujeta a las Condiciones Generales y Particulares de la póliza.

La emisión del presente certificado no implica renuncia del Asegurador a oponer la caducidad de los derechos del Asegurado, si correspondiere, de acuerdo con la ley o el contrato.

La presente constancia de cobertura tendrá validez únicamente por 30 días corridos a partir de la fecha de emisión del mismo.-

Jorge Mignone
Gerente General