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:	OSC SERVICIOS DE TELECOMUNICACIONES SA		
Domicilio:	ESMERALDA 819 P.2 - CAPITAL FEDERAL		
Localidad:	CAPITAL FEDERAL	**Codigo postal:**	1,007
Provincia:	CIUDAD AUTONOMA BUENOS AIRES		
Documento/cuit/cuil:	30711730911		

Datos del Seguro

Número de póliza:	**38581**
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 : 01/03/2022**	**Hasta las 12 hs. del : 28/02/2023**

Datos de Asegurado/s

NOMBRE ASEGURADO	TIPO DOC	NRO DOCUMENTO
ASTORGA IMANOL WENCESLAO .	CUIT	20329974422
BECERRA SERGIO LUIS .	CUIT	20240312515
DHARD ENRIQUEZ VIVIANA CAROLINA .	CUIT	27958228762
FABBRO GUILLERMO AUGUSTO .	CUIT	20206605821
GUZMAN HERNAN JAVIER .	CUIT	23298712849
LOPEZ DE MARIN MAYRA ALEJANDRA .	CUIT	27955127825
LOPEZ SILVIA MARIA FERNANDA .	CUIT	27318583728
MOLINA FERNANDO OSCAR .	CUIT	23311922769
NUÑEZ GERARDO MIGUEL .	CUIT	20236146503
SCHANZENBACH CARLOS ALBERTO .	CUIT	20245870087
SELLESLAGH DIEGO MARCELO .	CUIT	20224705515
VEGA SEBASTIAN EZEQUIEL .	CUIT	20354004322
VILLEGAS ARBEA GUSTAVO ANTONIO .	CUIT	20958737956

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.

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

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.

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: **16/11/2022** 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