# Certificado de cobertura

San Cristóbal Seguros

Se extiende el presente certificado a los efectos de dejar constancia del **CONTRATO DE SEGUROS** celebrado entre el **SOCIO ASEGURADO** y **SAN CRISTOBAL S.M.S.G**., cuyas condiciones sobresalientes, vigentes a la fecha, se expresan a continuación:

SOCIO ASEGURADO: ARLETTAZ S.A.

CUIT: 33709951039

TIPO DE CONTRATO: **Seguro Colectivo de Vida Obligatorio / Decreto 1567/74**

POLIZA N°: 01-02-17-75031045

VIGENCIA: Desde las 00 hs. Del 01/03/2023 hasta las 00 hs. Del 01/03/2024

**DETALLE DE COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS POR PERSONA**

- COBERTURA: Muerte por cualquier causa, las 24 horas del día
- SUMA ASEGURADA: $382.250,00.- por persona

LISTADO DEL PERSONAL VIGENTE AL: 31/01/2024

| ADHERENTE | CUIL |
|---|---|
| Almeida CarlosMauricio | 20290713553 |
| Cabrera Fabian Rosario | 20253655349 |
| Cabrera Oscar Leonardo | 23278120449 |
| Dal Molin Emanuel Carlos Alber | 20356997205 |
| Fontan Alcides Ramon | 20268776045 |
| Salas Jorge Raul | 20262360165 |
| Sanchez Emiliano Abel | 20387719130 |
| Sinise Santiago Exequiel | 20416119369 |

Se deja constancia que, tendrá cobertura todo y solamente el personal en relación de dependencia declarado al SUSS ó el que figure en el "Listado de las Relaciones Laborales Activas" del Sistema de Mi Simplificación.

Se deja expresamente establecido que la vigencia efectiva de la cobertura indicada en este certificado, queda condicionada al pago de la prima en los términos y condiciones de la Resolución 35.333 de la Superintendencia de Seguros de la Nación y sus modificatorias. La falta de pago oportuno hará caducar todo derecho indemnizatorio bajo la póliza.

Diego Guaita
**Gerente General**

Córdoba, 22 de febrero de 2024