



Constancia de Cobertura

Datos del Contratante

| | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------|------|
| Contratante: | FINCA FLICHMAN S.A. . | | |
| Domicilio: | MAIPU 757 8 - CAPITAL FEDERAL | | |
| Localidad: | CIUDAD AUTONOMA BUENOS AIRES | Código Postal: | 1006 |
| Provincia: | CAPITAL FEDERAL | | |
| Documento/Cuit/Cuil: | 30529496709 | | |

Datos del Seguro

| | |
|--------------------------|---|
| Número de Póliza: | 38292 |
| Ramo: | VIDA OBLIGATORIO (DECRETO LEY 1567/74 Y SUS MODIFICACIONES) |

| | |
|----------------------------|--|
| Riesgos: | Suma Asegurada: |
| MUERTE POR CUALQUIER CAUSA | \$ 55.000,00 |
| Vigencia Cobertura: | Desde las 12 hs. del : 01/03/2018 Hasta las 12 hs. del : 28/02/2019 |

Datos de Asegurado/s

| <u>NOMBRE ASEGURADO</u> | <u>TIPO DOC</u> | <u>NRO DOCUMENTO</u> |
|-----------------------------|-----------------|----------------------|
| AUGE, LUIS MARIA | CUIL | 20341560072 |
| BAUZA MORENO, MARIA ROSARIO | CUIL | 27281679991 |
| KIMEI, MARTIN NAHUEL | CUIL | 20341498873 |
| LAPHITZONDO, TOMAS MIGUEL | CUIL | 20380103193 |
| LEIBOVICI, PABLO | CUIL | 20349561612 |
| MIELNIKOWICZ, MARTINA IVANA | CUIL | 27351382746 |
| PAN PERALTA, FATIMA | CUIL | 27361586625 |

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.



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: **05/11/2018** 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.-

LA
CAJA
de ahorro
y seguro

Jorge Mignone
Gerente General