EXPERTA SEGUROS

Cuit 30-71459054-1 IIBB CM 30714590541-901
N° Inscrip. SSN 0880

CUIP: 088000000000000000000000000000345930000000000400272073349074-20000000955200000000955000004

Emitida en CIUDAD DE BUENOS AIRES el día 22 de Julio de 2024

La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. del Reglamento General de la Actividad Aseguradora.

SECCIÓN	PÓLIZA Nº	ENDOSO Nº	VIGENCIA
VIDA OBLIGATORIO	34593	4	Desde las 00:00 Hs. del 01/05/2024 Hasta las 00:00 Hs. del 01/01/2025

TOMADOR / ASEGURADO: SCARFO, PATRICIA — Cod. Aseg.: 1259070
Domicilio : NICARAGUA 5927 P. 1 Dpto. B — Tel.: 1132363074
Localidad: (1414) CIUDAD DE BUENOS AIRES — DNI : 20733490
Provincia : CAPITAL FEDERAL — Condición de IVA : IVA RESPONSABLE INSCRIPTO

PRODUCTOR: 1697 VIS ASESORES DE SEGUROS S.A. **MATRÍCULA N°SSN** 955

MODO DE FACTURACIÓN: ANUAL CON REFACTURACION MENSUAL

Clave Única de Identificación de Contratos (CUIC) FFCB27C53464EC0E0C73A7C034593/000

FRENTE DE PÓLIZA

DESDE: 01/01/2024 HASTA 01/01/2025
VIDA OBLIGATORIO DECRETO N° 1567/74

FACTURACION CORRESPONDIENTE AL PERIODO: 1 de Mayo de 2024 AL 1 de Junio de 2024.

CUBRE EL RIESGO DE MUERTE E INCLUYE EL SUICIDIO COMO HECHO INDEMNIZABLE SIN LIMITACIONES DE NINGUNA ESPECIE, DE TODO TRABAJADOR EN RELACION DE DEPENDENCIA, CUYOS EMPLEADORES SE ENCUENTREN O NO OBLIGADOS EN EL SISTEMA UNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

* *
* *
* *

MONEDA	PRIMA	REC.ADMINISTR.	REC. FINANCIERO	DER.EMISION	SUB TOTAL
$	175,89	0.00	0,00	0.00	175,89

		I.V.A.	R.G. 3337	IVA RFI	I.BRUTOS	Ley 26363	PREMIO
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	175,89

FORMA DE PAGO	CÓD. PAGOS LINK/BANELCO	VENCIMIENTO 1° CUOTA
AFIP	0027002073349007	/ /

ANEXOS Y/O CLÁUSULAS QUE FORMAN PARTE DEL PRESENTE CONTRATO: PÓLIZA RENOVADA **********

ANEXO.I

Juan Pablo Charlot
Apoderado

Artículo 5 - Medios de Pago Habilitados: Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes:
a)Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION.
b)Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley N° 21.526.
c)Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley N° 25.065. Cheques de terceros, los que deberán ser indefectiblemente endosados por el Asegurado o Tomador de la póliza.
d)Efectivo en moneda de curso legal, mediante la utilización de un Controlador Fiscal homologado por la ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS y registrado ante la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION, únicamente hasta la suma máxima establecida en la normativa vigente.
e)Cuando la percepción de premios se materialice a través del SISTEMA UNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo.
Advertencia: Si el texto de la presente póliza difiriera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Contratante, si no reclamara dentro de un mes de haber recibido la póliza.

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado. Por reclamos, que no hayan sido solucionados previamente por las vías de atención al público de la entidad, podrán comunicarse con este Servicio al teléfono 0800-777-7278. Los datos de los Responsables del Servicio de Atención al Asegurado se encuentran disponibles en la página web www.experta.com.ar. En caso de que existiera un reclamo ante la entidad aseguradora y que el mismo 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 o por correo electrónico a consultas@ssn.gob.ar.

ESTÁ PÓLIZA HA SIDO APROBADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN POR RESOLUCION Nº RESOL-2019-576-APN-SSN#MHA

EXPERTA SEGUROS

Cuit: 30-71459054-1 IIBB CM 30714590541-901
N° Inscrip. SSN 0880

VIDA OBLIGATORIO

Datos del Tomador

Contratado por	Póliza Nº	Endoso Nº	Inicio Vigencia Póliza	Fin Vigencia Póliza
SCARFO, PATRICIA	00019632	00000000	01/01/2023	01/01/2024

Dirección: NICARAGUA 5927 P. 1 DPTO. B
1414 - CIUDAD DE BUENOS AIRES, CAPITAL FEDERAL

CUIT
27207334907

Tipo de Póliza: VIDA OBLIGATORIO

Detalle de las Coberturas	Capital Asegurado Total	Edad Máxima de cobertura
MUERTE	$ 382.250,00	0

Datos Personales de Asegurado/s	Tipo y Nº de Documento	Suma Asegurada (*)	
CRUZ AGUSTINA GIMENA	CUIL 27380899812	382.250,00	Titular

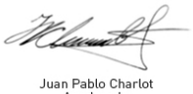
(*) de la cobertura principal

Emitido en , 18 de Agosto de 2023

Advertencia:
Cobertura de los dependientes. Se deja claramente establecido que solo 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.

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 modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad.

El presente certificado, que posee vigencia a partir del día de la fecha, se extiende en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, para ser presentado ante quien corresponda. Tendrá validez únicamente por 30 días corridos a partir de la fecha de emisión del mismo.



Juan Pablo Charlot
Apoderado

La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. del Reglamento General de la Actividad Aseguradora.

EXPERTA SEGUROS

Cuit: 30-71459054-1 IIBB CM 30714590541-901
N° Inscrip. SSN 0880

VIDA OBLIGATORIO

Datos del Tomador

Contratado por	Póliza Nº	Endoso Nº	Inicio Vigencia Póliza	Fin Vigencia Póliza
SCARFO, PATRICIA	00019632	00000000	01/01/2023	01/01/2024

Dirección: NICARAGUA 5927 P. 1 DPTO. B
1414 - CIUDAD DE BUENOS AIRES, CAPITAL FEDERAL

CUIT
27207334907

Tipo de Póliza: VIDA OBLIGATORIO

Detalle de las Coberturas	Capital Asegurado Total	Edad Máxima de cobertura
MUERTE	$ 382.250,00	0

Datos Personales de Asegurado/s	Tipo y Nº de Documento	Suma Asegurada (*)	
CRUZ AGUSTINA GIMENA	CUIL 27380899812	382.250,00	Titular

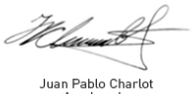
(*) de la cobertura principal

Emitido en , 18 de Agosto de 2023

Advertencia:
Cobertura de los dependientes. Se deja claramente establecido que solo 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.

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 modificar su designación en cualquier momento, por escrito sin ninguna otra formalidad.

El presente certificado, que posee vigencia a partir del día de la fecha, se extiende en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, para ser presentado ante quien corresponda. Tendrá validez únicamente por 30 días corridos a partir de la fecha de emisión del mismo.



Juan Pablo Charlot
Apoderado

La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8. del Reglamento General de la Actividad Aseguradora.