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 |
|---|---|---|---|---|
| BREVITY S.A. | 00037355 | 00000000 | 01/08/2024 | 01/08/2025 |

Dirección: FIGUEROA ALCORTA 3700 P. 6
1425 - CIUDAD DE BUENOS AIRES, CAPITAL FEDERAL

CUIT
30716845490

**Tipo de Póliza:** VIDA OBLIGATORIO

| Detalle de las Coberturas | Capital Asegurado Total | Edad Máxima de cobertura |
|---|---|---|
| MUERTE | $ 8.162.880,00 | 0 |

| Datos Personales de Asegurado/s | Tipo y Nº de Documento | Suma Asegurada (*) | |
|---|---|---|---|
| KAILIDIS ROY ADRIAN | CUIL 20272176400 | 1.632.576,00 | Titular |
| MOFFA LEONARDO ALBERTO | CUIL 20319134256 | 1.632.576,00 | Titular |
| QUIROZ JAHN YANINA CELESTE | CUIL 27302822919 | 1.632.576,00 | Titular |
| YANGUAS ROCIO NATALIA | CUIL 27390008258 | 1.632.576,00 | Titular |
| FALCONE JOAQUIN | CUIL 20417025198 | 1.632.576,00 | Titular |

**(*) de la cobertura principal**

**Emitido en CIUDAD DE BUENOS AIRES, 12 de Abril de 2025**

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.

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO 1567/74

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.