

ADHESIÓN AL SISTEMA DE PAGO POR DÉBITO AUTOMÁTICO

Por la presente autorizo a FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A. a debitar de mi

Tarjeta de Crédito:

Cuenta Bancaria

<input type="checkbox"/> VISA	<input type="checkbox"/> Mastercard	<input type="checkbox"/> Diners Club Internacional	<input type="checkbox"/> AMEX	<input type="checkbox"/> Coope plus	<input type="checkbox"/> VISA Electron
<input type="checkbox"/> nativa	<input type="checkbox"/> CABAL	<input type="checkbox"/> PATAGONIA 365	<input type="checkbox"/> Nevada	<input type="checkbox"/> FAVACARD	<input type="checkbox"/> Mastercard
<input type="checkbox"/> OTRA TARJETA					

Número de Tarjeta de Crédito o CBU:

El importe de las cuotas correspondientes a la solicitud de seguro adjunta y sus futuras renovaciones.

La adhesión al Sistema de Cobro por Débito Automático realizada a través del presente, tiene como origen la relación contractual que se formaliza entre FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A. y quien suscribe, la que se encuentra sujeta a los puntos que a continuación se detallan:

- Las cuotas de cada una de las pólizas adheridas a este sistema serán debitadas automáticamente de la Tarjeta de Crédito o Cuenta Bancaria correspondiente dentro de los 7 días de vencida las mismas.
- FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A. no se responsabiliza por las fechas en que cada Tarjeta de Crédito o Banco cobre a sus clientes las cuotas presentadas a debitar en los términos del punto 1, ni por las consecuencias que surjan por problemas operativos en las Tarjetas de Crédito o Bancos y los perjuicios que de ello se deriven.
- La baja de adhesión al Sistema de Cobro por Débito Automático o cambio en el número de tarjeta o CBU, deberá ser solicitada por escrito a la Compañía con diez (10) días de anticipación a la fecha de vencimiento de la cuota, caso contrario será válida a partir del vencimiento siguiente.
- La Compañía podrá suspender el cobro por Débito Automático, para lo cual se obliga a informar tal situación con 10 días de anticipación al vencimiento de la cuota.
- El importe enviado a debitar será el monto total vencido e impago (neto de anulaciones) que exista al momento de solicitar el débito a la Tarjeta de Crédito o Banco.
- El rechazo de pago de una cuota presentada a debitar, sea cual fuere el motivo, generará la suspensión de la cobertura desde la hora 24 del día de vencimiento impago, según el artículo 2 de la Cláusula de Cobranza del Premio de la póliza.
- Toda cuota rechazada que no sea regularizada por caja volverá a ser presentada a debitar en el próximo período juntamente con la cuota a vencer dicho mes.
- Habiéndose suspendido la cobertura, toda rehabilitación surtirá efecto desde la hora cero del día siguiente a aquel en que FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A. reciba el pago del importe vencido. En caso de que el cobro se efectúe por débito automático, la fecha en cuestión será las del día en que el importe sea depositado efectivamente en la cuenta de FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A., según el artículo 2 de la Cláusula de Cobranza del Premio de la póliza.
- El rechazo de dos cuotas consecutivas generará automáticamente la baja de la póliza del Sistema de Cobro por Débito Automático, sin necesidad de notificación previa al cliente.
- Se considerarán válidos los cambios del número de tarjeta, cuando estos sean notificados debidamente por la Tarjeta de Crédito a FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.
- La adhesión al sistema de Cobro por Débito Automático será mantenida en forma permanente, tanto para las pólizas vigentes como para las futuras renovaciones, hasta que medie nota solicitando la baja, emitida tanto por el titular de las pólizas, como por el titular de la Tarjeta de Crédito o Cuenta Bancaria o bien por la Tarjeta de Crédito o Banco titular de las cuentas. 1. Las cuotas de cada una de las pólizas adheridas a este sistema serán debitadas automáticamente de la Tarjeta de Crédito o Cuenta Bancaria correspondiente dentro de los 7 días de vencida las mismas.

FIRMA DEL ASEGURADO

ACLARACIÓN DE FIRMA

PARA SER COMPLETADO ÚNICAMENTE EN LOS CASOS EN QUE EL ASEGURADO NO SEA TITULAR DE LA TARJETA DE CRÉDITO O CUENTA BANCARIA

Por la presente autorizo a que se debite de mi:

Cuenta Bancaria  
 Tarjeta de Crédito

Número de Tarjeta de Crédito o CBU:

Digitos: CBU 22, Favacard 18, American Express 15, Diners 14, Resto de Tarjetas 16

toda póliza emitida bajo la matrícula arriba detallada hasta que medie nota por mi firmada en contrario.

22

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_  
D.N.I.: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_

FIRMA TITULAR



CASA MATRIZ

LA PLATA  
Cajas, Área Técnica, Secciones de Producción Riesgos Varios, Administración, Sistemas, Gerencia General, Sub Gerencia General y Presidencia  
Avda. 51 N° 770 | B1900AWP - La Plata  
seguros@fedpat.com.ar  
www.fedpat.com.ar

ANEXO I  
ART, Centros de Grabación, Digitalización y Atención Telefónica (CAT)  
Avda. 51 N° 789  
B1900AWC - La Plata  
art@fedpat.com.ar

ANEXO II  
Automotores Producción e Inspecciones; Siniestros y Legales  
Avda. 51 N° 765  
B1900AWC - La Plata

CONSULTORIOS ART  
Calle 11 N° 924 | B1900DPN - La Plata

CENTRO OPERATIVO GONNET  
Camino General Belgrano entre 506 y 508  
B1897CBF - Gonnet

AGENCIAS

AVELLANEDA  
Producción, Caja y Administración  
Lavalle 83 | B1870CCA - Avellaneda

Siniestros  
Avda. Belgrano 614  
B1870ARR - Avellaneda

BAHÍA BLANCA  
11 de Abril 145  
B8000LMC - Bahía Blanca

BUENOS AIRES  
Adolfo Alsina 815  
C1087AAM - Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Centro de Inspección y Gestión Automotores  
Av. Belgrano 3141  
C1209AAD - Ciudad Autónoma de Buenos Aires

CÓRDOBA  
Fragueiro 357  
X5000KRG - Córdoba

LA PLATA (Zona Franca)  
Pte. Perón e Hipólito Yrigoyen S/N°  
Edificio de Usos Múltiples Planta baja - Local 1  
B1925CKA - Ensenada - Bs. As.

SITIO WEB  
www.fedpat.com.ar

CORREOS ELECTRÓNICOS  
seguros@fedpat.com.ar  
art@fedpat.com.ar

REDES SOCIALES



¡Te escuchamos!

0810-222-5588

#FederaciónVos



¡Asegure la estabilidad económica de su hogar...!

Proteja a sus seres queridos, contratando una póliza de Vida Modular Exclusivo para su mayor tranquilidad, a un costo mensual fijo y accesible, conforme al plan que usted elija

## VENTAJAS EXCLUSIVAS

- Lo puede contratar toda persona física entre 18 y 65 años de edad.
- Renovable automáticamente hasta los 65 años de edad.
- Costo Mensual Fijo, que se descuenta de la Tarjeta de Crédito / Débito en cuenta bancaria.
- Cobertura de Muerte por Enfermedad o Accidente.
- El Capital Asegurado se modifica, conforme a la edad cumplida al inicio de la vigencia inicial y de cada renovación.

## Además:

- Libre Designación de los Beneficiarios, sin necesidad de trámites sucesorios.
- Deducible del Impuesto a las Ganancias hasta el límite fijado en la ley.

Edad	Plan 2 Módulos	Plan 4 Módulos	Plan 6 Módulos	Plan 8 Módulos	Plan 10 Módulos
18	\$ 472.736	\$ 945.472	\$ 1.418.208	\$ 1.890.944	\$ 2.363.680
19	\$ 459.694	\$ 919.388	\$ 1.379.082	\$ 1.838.776	\$ 2.298.470
20	\$ 450.376	\$ 900.752	\$ 1.351.128	\$ 1.801.504	\$ 2.251.880
21	\$ 447.354	\$ 894.708	\$ 1.342.062	\$ 1.789.416	\$ 2.236.770
22	\$ 447.354	\$ 894.708	\$ 1.342.062	\$ 1.789.416	\$ 2.236.770
23	\$ 450.376	\$ 900.752	\$ 1.351.128	\$ 1.801.504	\$ 2.251.880
24	\$ 453.440	\$ 906.880	\$ 1.360.320	\$ 1.813.760	\$ 2.267.200
25	\$ 456.546	\$ 913.092	\$ 1.369.638	\$ 1.826.184	\$ 2.282.730
26	\$ 456.546	\$ 913.092	\$ 1.369.638	\$ 1.826.184	\$ 2.282.730
27	\$ 453.440	\$ 906.880	\$ 1.360.320	\$ 1.813.760	\$ 2.267.200
28	\$ 447.354	\$ 894.708	\$ 1.342.062	\$ 1.789.416	\$ 2.236.770
29	\$ 438.524	\$ 877.048	\$ 1.315.572	\$ 1.754.096	\$ 2.192.620
30	\$ 427.280	\$ 854.560	\$ 1.281.840	\$ 1.709.120	\$ 2.136.400
31	\$ 414.010	\$ 828.020	\$ 1.242.030	\$ 1.656.040	\$ 2.070.050
32	\$ 399.136	\$ 798.272	\$ 1.197.408	\$ 1.596.544	\$ 1.995.680
33	\$ 383.078	\$ 766.156	\$ 1.149.234	\$ 1.532.312	\$ 1.915.390
34	\$ 364.238	\$ 728.476	\$ 1.092.714	\$ 1.456.952	\$ 1.821.190
35	\$ 345.366	\$ 690.732	\$ 1.036.098	\$ 1.381.464	\$ 1.726.830
36	\$ 322.008	\$ 644.016	\$ 966.024	\$ 1.288.032	\$ 1.610.040
37	\$ 300.250	\$ 600.500	\$ 900.750	\$ 1.201.000	\$ 1.501.250
38	\$ 277.732	\$ 555.464	\$ 833.196	\$ 1.110.928	\$ 1.388.660
39	\$ 255.386	\$ 510.772	\$ 766.158	\$ 1.021.544	\$ 1.276.930
40	\$ 234.704	\$ 469.408	\$ 704.112	\$ 938.816	\$ 1.173.520
41	\$ 216.414	\$ 432.828	\$ 649.242	\$ 865.656	\$ 1.082.070
42	\$ 199.568	\$ 399.136	\$ 598.704	\$ 798.272	\$ 997.840
43	\$ 184.642	\$ 369.284	\$ 553.926	\$ 738.568	\$ 923.210
44	\$ 170.912	\$ 341.824	\$ 512.736	\$ 683.648	\$ 854.560
45	\$ 158.704	\$ 317.408	\$ 476.112	\$ 634.816	\$ 793.520
46	\$ 147.796	\$ 295.592	\$ 443.388	\$ 591.184	\$ 738.980
47	\$ 137.434	\$ 274.868	\$ 412.302	\$ 549.736	\$ 687.170
48	\$ 127.692	\$ 255.384	\$ 383.076	\$ 510.768	\$ 638.460
49	\$ 118.816	\$ 237.632	\$ 356.448	\$ 475.264	\$ 594.080
50	\$ 110.174	\$ 220.348	\$ 330.522	\$ 440.696	\$ 550.870
51	\$ 101.764	\$ 203.528	\$ 305.292	\$ 407.056	\$ 508.820
52	\$ 93.750	\$ 187.500	\$ 281.250	\$ 375.000	\$ 468.750
53	\$ 86.230	\$ 172.460	\$ 258.690	\$ 344.920	\$ 431.150
54	\$ 79.352	\$ 158.704	\$ 238.056	\$ 317.408	\$ 396.760
55	\$ 73.168	\$ 146.336	\$ 219.504	\$ 292.672	\$ 365.840
56	\$ 67.740	\$ 135.480	\$ 203.220	\$ 270.960	\$ 338.700
57	\$ 62.942	\$ 125.884	\$ 188.826	\$ 251.768	\$ 314.710
58	\$ 58.624	\$ 117.248	\$ 175.872	\$ 234.496	\$ 293.120
59	\$ 54.546	\$ 109.092	\$ 163.638	\$ 218.184	\$ 272.730
60	\$ 50.536	\$ 101.072	\$ 151.608	\$ 202.144	\$ 252.680
61	\$ 46.580	\$ 93.160	\$ 139.740	\$ 186.320	\$ 232.900
62	\$ 42.646	\$ 85.292	\$ 127.938	\$ 170.584	\$ 213.230
63	\$ 38.866	\$ 77.732	\$ 116.598	\$ 155.464	\$ 194.330
64	\$ 35.380	\$ 70.760	\$ 106.140	\$ 141.520	\$ 176.900
65	\$ 32.278	\$ 64.556	\$ 96.834	\$ 129.112	\$ 161.390



SOLICITUD N°

CLIENTE N°

## SOLICITUD DE SEGURO TEMPORARIO DE VIDA INDIVIDUAL RENOVABLE AUTOMÁTICAMENTE

Apellido y Nombres \_\_\_\_\_

Fecha de Nac.  M  F Sexo \_\_\_\_\_ Actividad / Profesión (\*) \_\_\_\_\_ Ingreso Promedio Mensual \_\_\_\_\_

¿Es persona expuesta políticamente?  Sí(\*\*)  No

Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_ SI  NO

Deportes que practica \_\_\_\_\_ ¿Participa en carreras de algún tipo o práctica de aviación? Describa tipo, frecuencia y características \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Código Postal (CPA) \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Tipo Doc. \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ CUIT / CUIL \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

(\*) No serán asegurables aquellas actividades que por sus características son consideradas de ALTO RIESGO (Por ejemplo: Construcciones, Techistas, Bomberos, Fuerzas de Seguridad, Montaje Industrial, Trabajos en Altura, Demolición, Hipismo, Deportistas Profesionales, Reparto en moto, etc.)

(\*\*) Deberá llenar formulario: "Declaración jurada sobre la condición de persona expuesta políticamente", consulte nómina de funciones en [www.fedpat.com.ar/livado.jsp](http://www.fedpat.com.ar/livado.jsp)

### Plan elegido y costo:

PLAN  2 Módulos  4 Módulos  6 Módulos  8 Módulos  10 Módulos

Costo Mensual (\*) \$ 70,00 \$ 140,00 \$ 210,00 \$ 280,00 \$ 350,00

Suma Asegurada inicial \_\_\_\_\_ Costo Mensual Inicial (No incluye sellado provincial) \_\_\_\_\_ COBERTURA: Muerte por enfermedad ó Accidente.

¿Tiene contratada otra póliza de vida? SI  NO  En caso afirmativo indique: \_\_\_\_\_

Aseguradora \_\_\_\_\_ Capital Asegurado \_\_\_\_\_

BENEFICIARIOS	Apellido y Nombres	Tipo y N° Documento	Parentesco	%

Observaciones \_\_\_\_\_

### IMPORTANTE: No omitir completar la Declaración de Salud simplificada.

El presente contrato se renovará automáticamente, salvo rescisión unilateral ó hasta que el Asegurado exceda la edad máxima de permanencia de 65 años (Lo que ocurra primero). El capital asegurado se modificará en cada renovación dependiendo de la edad del asegurado al inicio de cada vigencia, conforme a la cláusula de capitales asegurados y el plan elegido (cantidad de módulos contratados).

FORMA DE PAGO:  (\*\*) Tarjeta de Crédito  (\*\*) Cuenta Bancaria PLAN DE PAGO (A cargo del Solicitante)  Anual  Mensual

(\*\*) Favor de llenar el formulario de Adhesión al Sistema de Débito Automático adjunto

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Aclaración de firma \_\_\_\_\_

### PARA SER COMPLETADO POR FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

Productor N° \_\_\_\_\_ Agencia N° \_\_\_\_\_ Póliza \_\_\_\_\_



## DECLARACION DE SALUD DEL SOLICITANTE

Declaro tener conocimiento que el Art. 5° de la Ley de Seguros N° 17.418 establece: "Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado, aun hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si el Asegurado hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato". Estoy informado que los eventos relacionados con enfermedades contraídas con anterioridad a la contratación de este seguro no están cubiertos y que el presente seguro no dará cobertura a eventos relacionados con el ejercicio de deportes y/o profesiones riesgosas.

### Por favor complete todos los puntos (del 1. al 12c.):

1. ¿Es diestro o zurdo? \_\_\_\_\_ 2. ¿Adolece de algún defecto físico? \_\_\_\_\_ 2a. ¿Cuál? \_\_\_\_\_

3. Causas de intervenciones quirúrgicas o accidentes \_\_\_\_\_ 3a. Fechas \_\_\_\_\_ 3b. Consecuencias \_\_\_\_\_

4. ¿Qué enfermedades ha sufrido? \_\_\_\_\_ 4a. Fechas \_\_\_\_\_ 4b. Consecuencias / Estado actual \_\_\_\_\_

5. Peso \_\_\_\_\_ Kgs. \_\_\_\_\_ 5a. Estatura \_\_\_\_\_ Mts. \_\_\_\_\_ 6. Indique Obra Social o Cobertura Médica que posee \_\_\_\_\_

7. Últimos análisis practicados \_\_\_\_\_ 7a. Fechas \_\_\_\_\_ 7b. Resultados \_\_\_\_\_

8. ¿Está bajo tratamiento médico? SI  NO  En caso afirmativo indique: \_\_\_\_\_

8a. Causa \_\_\_\_\_ 8b. Fecha desde \_\_\_\_\_ 8c. Medicamento y dosis diaria \_\_\_\_\_

9. ¿Ha fallecido o padecido alguien en su familia (padres naturales, hermanos o hermanas) de una enfermedad del corazón, diabetes, apoplejía, cáncer, tuberculosis o enajenación mental? SI  NO

Enfermedad \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Edad Fallecimiento \_\_\_\_\_

10. Nombre y Apellido de su médico de confianza \_\_\_\_\_ 10a. Teléfono \_\_\_\_\_

11. ¿Autoriza a FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A. a solicitar informes de su salud y revelación del secreto profesional a los médicos que le han atendido? SI  NO

12. ¿Fuma o ha fumado? SI  NO  12a. ¿Desde cuando? \_\_\_\_\_ 12b. ¿Hasta cuando? \_\_\_\_\_ 12c. Cantidad diaria \_\_\_\_\_

La póliza completa y todas sus condiciones puede obtenerlas en [www.fedpat.com.ar](http://www.fedpat.com.ar), accediendo al link WEB ASEGURADOS

Fecha \_\_\_\_\_ FIRMA DEL SOLICITANTE \_\_\_\_\_ ACLARACIÓN \_\_\_\_\_

Mientras la solicitud no sea aprobada, el proponente solo estará amparado por el riesgo de muerte accidental (desde la fecha de la recepción de la presente). Las restantes coberturas entrarán en vigor a partir del día 1° del mes siguiente al de la aprobación, sujeto a los requisitos adicionales y recargos que pudieran corresponder. La falta de pago del premio en los plazos establecidos, deja sin efecto la cobertura respectiva. La omisión de respuesta a los puntos solicitados se interpretará como "negativa" o que "no existe particular a declarar", según corresponda.