

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A. informa el relanzamiento del SEGURO DE VIDA COLECTIVO para sus PRODUCTORES.

VENTAJAS

- Se debita directamente de la cuenta corriente del Productor Asesor.
- Deducible del Impuesto a las Ganancias (Según normativa vigente).
- Libre designación de beneficiarios.
- No requiere trámites sucesorios para el cobro.

Lo invitamos a adherirse al mismo mediante el descuento de una cuota accesible en su cuenta corriente. El presente seguro le significará protección económica ante imprevistos, mediante la contratación de los módulos que estime conveniente.



MODO DE ADHESION

- Complete y corte la solicitud entregándola al Jefe de Agencia o remitiéndola directamente a la Sección Seguro de Personas.

COBERTURAS

- Muerte por cualquier causa
- Invalidez total y permanente por enfermedad o accidente *
- Invalidez parcial por accidente *
- Indemnización adicional por muerte accidental *
- Anticipo del 10% en caso de Diagnóstico por enfermedades graves (Ante el diagnóstico por primera vez de: Infarto de miocardio, Accidente cerebrovascular, Cáncer e Insuficiencia renal, con posterioridad a la fecha de vigencia de la cobertura)*

*Hasta los 65 años de edad

Edades límites:

De ingreso	64 años
De permanencia	85 años

MÓDULOS

DESDE	HASTA	MÓDULO DE SUMA ASEGURADA	CUOTA MENSUAL POR MÓDULO	MÓDULOS MÁXIMOS POSIBLES
21 Años	39 Años	\$ 10.000	\$ 3,00	75
40 Años	44 Años	\$ 10.000	\$ 4,00	75
45 Años	49 Años	\$ 10.000	\$ 5,00	75
50 Años	54 Años	\$ 10.000	\$ 7,00	75
55 Años	59 Años	\$ 10.000	\$ 10,00	30
60 Años	70 Años	\$ 10.000	\$ 15,00	30
71 Años	74 Años	\$ 10.000	\$ 25,00	25
75 Años	79 Años	\$ 10.000	\$ 35,00	5
80 Años	85 Años	\$ 10.000	\$ 55,00	5

OPCIONALES

- Posibilidad de incorporar al cónyuge por el 100% del capital.
- Posibilidad de incorporar a el/los empleados por el 100% del capital.

NOTA: El cónyuge y/o el o los empleados abonarán lo correspondiente al 100% del Capital Asegurado por el Productor Titular (Sin superar el límite por edad), con el costo correspondiente a su propia edad.



EJEMPLO

Edad:	43 años
Opcional Cónyuge:	Sí (41 años)
Módulos contratados:	10
Opcional Empleado:	Sí (1 de 35 años)
Costo Mensual:	\$ 40 + \$ 40 + 30 = \$ 110

COBERTURAS PRODUCTOR TITULAR	Sumas Aseguradas
Muerte por cualquier causa	\$ 100.000
Invalidez Total y Permanente	\$ 100.000
Indemnización Adicional por Muerte Accidental	\$ 100.000
Invalidez Parcial por Accidente	\$ 100.000
Anticipo en caso de diagnóstico de Enfermedades Graves	\$ 10.000
Iguales Coberturas para el Cónyuge y Empleado, con el 100% de la Suma Asegurada.	

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA COLECTIVO

- Solicitud de seguro NUEVO (Requiere completar la Declaración de Salud que consta al dorso)
- Solicitud de AMPLIACIÓN DE SUMA ASEGURADA
 - No se modificó el Estado de Salud (NO requiere completar la Declaración de Salud)
 - Se modificó el Estado de Salud (Requiere completar la Declaración de Salud)

Matrícula N° _____ Código N° _____
Agencia _____

Contratante: FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.
Apellido y Nombre/s del Asegurado _____
Si no es Productor/a de FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A. ¿Qué relación tiene con el mismo?: Empleado Cónyuge Conviviente
Fecha de Nac. ____/____/____ Sexo M F Actividad / Profesión (*) _____
(* 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, Hípismo, Deportistas Profesionales, Reparto en moto, etc.)
Estado Civil _____ Nacionalidad _____
Teléfono _____ Correo electrónico _____
Domicilio _____ Código Postal (CPA) _____
Localidad _____ Provincia _____
Tipo Doc. _____ Número _____ CUIT / CUIL _____

Deseo contratar el seguro de vida de acuerdo con el siguiente detalle:

Titular Cónyuge Empleado

CAPITAL ASEGURADO SOLICITADO (Cobertura Muerte)		
Cantidad de Módulos solicitados	Valor por Módulo	Suma Asegurada
	X \$ 10.000 =	\$

Cuota Mensual Inicial _____

BENEFICIARIOS	Apellido y Nombres	Tipo y N° Documento	Parentesco
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

En el caso de solicitar la **ampliación de la Suma Asegurada sin completar la Declaración de Salud:** Declaro dejar expresa constancia sobre que no me encuentro bajo tratamiento médico y tampoco conozco poseer patología alguna diferente a la/s declarada/s al momento de la contratación inicial.

La póliza completa y todas sus condiciones puede obtenerlas en www.fedpat.com.ar, accediendo al link WEB ASEGURADOS

Fecha ____/____/____ Firma Solicitante _____

Autorizo a la empresa contratante a deducir mensualmente de mi cuenta corriente el costo del presente seguro.

IMPORTANTE: En solicitudes nuevas se otorga cobertura por accidentes en forma provisoria (Desde la presentación de la presente con un máximo de 30 días), hasta que el área de suscripción se expida sobre la aprobación / observación / recargo / rechazo de la misma. El inicio de vigencia de la cobertura, tendrá lugar el 1° día del mes siguiente al de la aprobación de la presente solicitud. La cobertura finalizará por rescisión unilateral de alguna o ambas partes, al exceder la edad máxima de permanencia o al finalizar la relación comercial con la Compañía del titular contratante (Lo que ocurra primero).

