

ADHESIÓN AL SISTEMA DE PAGO POR DÉBITO AUTOMÁTICO

Por la presente autorizo a FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A. a debitar de mi Cuenta Bancaria Tarjeta de Crédito



Número de Tarjeta de Crédito o CBU: _____
 Dígitos: CBU 22, Favacard 18, American Express 15, Diners 14, Resto de tarjetas 16

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 periodo 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: _____
 Dígitos: 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.

Apellido y nombre: _____
 D.N.I.: _____
 Dirección: _____
 Teléfono: _____

FIRMA TITULAR



FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.
Un respaldo más que seguro

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.



FORMAS DE CONTACTO
Elegí la manera más cómoda de contactarnos



MARTÍNEZ
Administración, Producción y Siniestros
Anexo Centro de Inspección Automotores
Av. Santa Fé 2785
B1640IGB - Partido de San Isidro

MENDOZA
25 de Mayo 1258
M5500EUZ - Mendoza

NOROESTE ARGENTINO (N.O.A.)
José Rondeau 875
T4000AHQ - San Miguel de Tucumán

QUILMES
Humberto Primo 186
B1878KDD - Quilmes

SAN MARTÍN
Carrillo 2283 | B1650BSC - San Martín



Con más de 6.000 organizaciones y productores autónomos en todo el país

SITIO WEB
www.fedpat.com.ar

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

REDES SOCIALES



¡Te escuchamos!

0810-222-5588

#FederaciónyVos

SSN SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN
Org. de control www.argentina.gob.ar/ssn
Atención al asegurado 0800-666-8400
N° de Inscripción en SSN: 726



Copyright© 2018
Federación Patronal Seguros S.A.



FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.
Un respaldo más que seguro

Destinados a:

Padres, Madres, Tutores o Encargados que procuren brindar protección a alumnos, garantizando la continuidad de los estudios en los niveles de jardín, primarios y secundarios.

Ahora Usted cuenta con la posibilidad de contratar una cobertura de seguros de Vida que le garantizará a su hijo / hija / menor a cargo, la posibilidad económica de continuar sus estudios en la institución educativa que sea más apropiada.

Las personas asegurables son: el **Padre, Madre, Tutor o Encargado** que solicite la cobertura (siendo una persona física entre los 21 y los 65 años de edad), nucleados bajo un mismo contratante que es el Establecimiento Educativo en el que actualmente el alumno nominado cursa sus estudios.

Las coberturas son las de **Fallecimiento** por enfermedad o accidente y de **Invalidez Total y Permanente** como consecuencia de enfermedad o accidente.

El beneficio a abonar por Federación Patronal Seguros S.A. al establecimiento educativo, consta de la cantidad de cuotas mensuales y las matrículas anuales correspondientes a cada año de escolaridad según el nivel escolar (ciclo y año que curse), que queden pendientes hasta la finalización normal de la educación secundaria, según el siguiente detalle:

Ciclo	Año	Cuotas Pendientes (*)	Costo Mensual (**)
Jardín	1º	180	4% de la Cuota
	2º	168	
	3º	156	
Primario	1º	144	3% de la Cuota
	2º	132	
	3º	120	
	4º	108	
	5º	96	
	6º	84	
Secundario	1º	72	2% de la Cuota
	2º	60	
	3º	48	
	4º	36	
	5º	24	
	6º	12	

(*) Incluye cuota anual extraordinaria y la matrícula anual (total 12 cuotas al año).

(**) Costo mensual (12 meses al año) sobre la cuota mensual promedio indicada. No incluye sellados provinciales.

Requisitos de Asegurabilidad:

Edad Máxima de Ingreso: 64 Años
Edad Máxima de Permanencia: 65 Años



En el caso de **cambio de establecimiento educativo** mientras se esté abonando el beneficio pactado, Federación Patronal Seguros S.A. **seguirá abonando las cuotas restantes** al nuevo establecimiento educativo, con el límite de los importes pactados oportunamente.

Ventajas Adicionales:

- Renovable automáticamente hasta los 65 años de edad ó finalización del ciclo escolar del alumno (Lo que ocurra primero)
- Costo Mensual según el ciclo escolar, que se descuenta da la Tarjeta de Crédito / Débito
- Deducible del Impuesto a las Ganancias hasta el límite fijado en la ley



SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA COLECTIVO

NÚMERO DE COTIZACIÓN		NÚMERO DE RAMO: 18 (Vida Colectivo)		PÓLIZA NÚMERO	
Lugar	Fecha	VIGENCIA Desde	Hasta	N° de cliente	
Productor - Apellido y nombre			Prod. N°	Agencia N°	

INSTITUCIÓN	Institución Educativa / Contratante / Tomador		CUIT
	Domicilio (Dirección / Localidad / Provincia / CPA)		Teléfono
	Correo electrónico		
REPRESENTANTE	Apellido y Nombre del Representante de la Institución		CUIT / CUIL / CDI
	Domicilio (Dirección / Localidad / Provincia / CPA)		Teléfono
	Correo electrónico		Lugar de nacimiento
	Tipo y Número de Documento	Nacionalidad	Estado Civil
¿Es persona expuesta políticamente? <input type="checkbox"/> Sí(•) <input type="checkbox"/> No			

SOLICITANTE	Apellido y Nombres del Padre, Tutor ó Encargado solicitante del seguro		CUIT / CUIL / CDI	
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Actividad/Profesión (*)		
	Domicilio (Dirección / Localidad / Provincia / CPA)		Teléfono	
	Tipo y Número de Documento	Nacionalidad	Estado Civil	Fecha de Nacimiento
	Correo electrónico		Lugar de nacimiento	
	¿Es persona expuesta políticamente? <input type="checkbox"/> Sí(•) <input type="checkbox"/> No			

(*) 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.)

Ciclo Escolar	<input type="checkbox"/> Jardín <input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> Secundario	Año Escolar	<input type="checkbox"/> 1º <input type="checkbox"/> 2º <input type="checkbox"/> 3º <input type="checkbox"/> 4º <input type="checkbox"/> 5º <input type="checkbox"/> 6º
---------------	---	-------------	---

\$	\$	Según año y ciclo escolar
Monto cuota	Matrícula anual	Cantidad de cuotas pendientes

En caso de no cubrir la totalidad de la cuota indicar el porcentaje (%)

COBERTURAS: Muerte por enfermedad ó Accidente, Invalidez Total y Permanente por Enfermedad ó Accidente.

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

Aseguradora	Capital Asegurado	
Apellido y Nombres del Alumno	Tipo y N° Documento	Parentesco

BENEFICIARIO: Instituto Educativo en la que cursa los estudios el alumno nominado.

Observaciones

IMPORTANTE: No omitir completar la Declaración de Salud simplificada.

FORMA DE PAGO: Tarjeta Cuenta Bancaria PLAN DE PAGO (A cargo del Solicitante) Anual Mensual
Favor de llenar el formulario de Adhesión al Sistema de Débito Automático adjunto

(•) Deberá completar Formulario DECLARACIÓN JURADA SOBRE LA CONDICIÓN DE PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE
La póliza completa y todas sus condiciones puede obtenerlas en www.fedpat.com.ar, accediendo al link WEB ASEGURADOS

Firma / Sello de Institución Educativa	Firma del Solicitante del seguro / Asegurable
Cargo / Actividad de Representante de la Institución	Aclaración del Solicitante del seguro / Asegurable
Luga y fecha	

DECLARACION DE SALUD DEL SOLICITANTE

Declaro tener conocimiento que el Art. 5º de la Ley de Seguros N° 17.418 establece: "Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si el Asegurador 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 13b.):

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
4c. Estado de salud actual	Kgs.	Mts.
5. Peso	5a. Estatura	
6. Últimos análisis practicados	6a. Fechas	6b. Resultados
7. ¿Está bajo tratamiento médico? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	7b. Fecha desde	7c. Medicamento y dosis diaria
8. ¿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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Enfermedad	Parentesco	Edad Fallecimiento
Enfermedad	Parentesco	Edad Fallecimiento
9. Nombre y Apellido de su médico de confianza	9b. Teléfono	
10. Indique Obra Social o Cobertura Médica que posee		
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?		
12. Deportes que practica		
12a. ¿Participa en carreras de algún tipo o práctica de aviación?	12b. Describa tipo, frecuencia y características	
13. ¿Fuma o ha fumado? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	13a. ¿Desde cuando?	13b. ¿Hasta cuando?
	13c. Cantidad diaria	
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 1º 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.