



DATOS DEL SEGURO

NÚMERO DE COTIZACIÓN		RAMO 7 (Riesgos Varios)		POLIZA NÚMERO	
<input type="checkbox"/> Seguro Individual <input type="checkbox"/> Seguro Colectivo		Importante: No olvide completar los datos de la nómina.			
Lugar	Fecha	VIGENCIA Desde	Hasta	N° de cliente	
Productor - Apellido y nombre			Prod. N°	Agencia N°	

DATOS DEL CONTRATANTE

Persona Física Persona Jurídica (**) Organismo Público (***) Apoderado, Tutor, Curador, o Representante Legal (****)

Razón social / Organismo / Tomador:		CUIT:	CIU:
Fecha de inicio de actividad (Insc. Reg.):	N° de Insc. Reg.:	Fecha de contrato ó escritura de constitución:	
Domicilio constituido: Calle:	N°:	Piso:	Dpto.: Localidad:
CPA:	Provincia:	Teléfono sede social:	
Correo electrónico sede social: @			
Condición ante el IVA (adjuntar comprobante):			
Actividad principal realizada:			
Apellido y nombres representante de la persona jurídica u organismo público (de corresponder):			En carácter de:
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Estado civil:	<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> Pas. N°		
Domicilio real: Calle:	N°:	Piso:	Dpto.: Localidad:
CPA:	Provincia:	Teléfono/s:	
Correo electrónico: @			
Profesión / Ocupación / Actividad principal:			¿Es persona expuesta políticamente? <input type="checkbox"/> Sí(*) <input type="checkbox"/> No

(*) Deberá llenar formulario: "Declaración jurada sobre la condición de persona expuesta políticamente", consulte nómina de funciones en www.fedpat.com.ar/lavado.jsp (**) Adjuntar: Copia certificada del estatuto social actualizado, Actas certificadas del órgano decisorio designando autoridades, representantes legales, Apoderados y/o autorizados con uso de firma social, copia certificada del último balance auditado por contador público y legalizado por el Consejo Profesional de Ciencias Económicas que corresponda, el que deberá actualizarse anualmente. (***) Adjuntar: Copiar certificada del acto administrativo de designación del funcionario interviniente. (****) Adjuntar: Poder correspondiente, del cual se desprenda el carácter invocado, en copia debidamente certificada. Tomo conocimiento que los datos consignados precedentemente me son requeridos en cumplimiento de la Resolución N° 230/2011 emitida por la Unidad de Información Financiera, en el marco de la Ley 25.246, y declaro conocer que en función de dicha normativa, Federación Patronal Seguros S.A. se encuentra facultada a requerirme toda la información necesaria para el cumplimiento de sus disposiciones, por lo que me comprometo expresamente a colaborar con el suministro de la información / documentación correspondiente que me sea requerida.

Solicito a Federación Patronal Seguros S.A. la contratación de las coberturas y capitales asegurados que abajo se detallan para el contratante cuyos datos se señalan arriba (Seguro Individual) o para la nómina de personas cuyo listado se adjunta al presente.

Coberturas	<input type="checkbox"/> Plan Identidad Clásica	<input type="checkbox"/> Plan Identidad Personal	<input type="checkbox"/> Plan Identidad Laboral	<input type="checkbox"/> Plan Identidad Abierta (**)
Robo de Identidad – Pérdida Económica Directa	\$ 10.000,00	\$ 10.000,00	\$ 10.000,00	
Robo de Identidad – Gastos Legales	\$ 10.000,00	\$ 10.000,00	\$ 10.000,00	
Robo de Identidad – Otros Gastos	\$ 4.000,00	\$ 4.000,00	\$ 6.000,00	
Gastos por Robo de Documentos	\$ -	\$ 2.000,00	\$ 2.000,00	
Protección de Cartera / Bolso de Mano:	\$ -	\$ 2.000,00	\$ 3.000,00	
Protección de Billetera:	\$ -	\$ 3.000,00	\$ 3.000,00	
Robo en Cajeros Automáticos	\$ -	\$ -	\$ 3.000,00	
Pérdida de Salarios y/o Jornales	\$ -	\$ -	\$ 10.000,00	
Costo Mensual (*)	\$ 15,00	\$ 30,00	\$ 40,00	

(*) El costo mensual inicial estimado (para Contratante: Consumidor Final), no incluye impuestos provinciales, en caso de corresponder.

(**) Completar valores asegurados, consultar límites de sumas por coberturas

Forma de pago: <input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> Tarjeta de crédito / Débito en cuenta (Adjuntar formulario correspondiente)	Plan de pagos: <input type="checkbox"/> Anticipo y _____ cuotas N° de anticipo: _____	Prima total \$ _____ Premio total \$ _____
--	---	---

Los asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación con relación a la entidad aseguradora, dirigiéndose personalmente o por nota a Julio A. Roca 721 (CP 1067), Ciudad de Buenos Aires; por teléfono al 4338-4000 (líneas rotativas), en el horario de 10:30 a 17:30; o vía Internet a la siguiente dirección: www.ssn.gov.ar.

Declaro que los datos consignados en la presente solicitud resultan completos y verídicos.

Esta solicitud está sujeta a la aprobación de Federación Patronal Seguros S.A. y no establece vínculo contractual alguno hasta su aceptación por la Compañía.

FIRMA Y SELLO DEL CONTRATANTE

ACLARACIÓN FIRMA



	Apellido y Nombres	CUIL	Sexo	Fecha de nac.	Actividad
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					
21.					
22.					
23.					
24.					
25.					

Advertencias importantes para el Tomador

El presente formulario constituye la nómina de asegurables y formará parte de la póliza correspondiente. Todos los campos deberán ser completados en forma precisa sin dejar espacios en blancos. Cuando la nómina supere la cantidad de 25 personas, adjuntar la lista en soporte magnético o via e-mail en planilla formato Excel, separando los datos en columnas.

_____, ____/____/____
LUGAR Y FECHA

FIRMA Y SELLO DEL TOMADOR

ACLARACIÓN FIRMA



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

Cuenta Bancaria
 Tarjeta de Crédito

VISA MASTERCARD FAVACARD DINERS AMERICAN EXPRESS CABAL
 NEVADA NATIVA PATAGONIA OTRA

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 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: _____

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