Seguros de Sepelios — Seguro Individual y Colectivo de Sepelio Prestacional, por Reintegro de Gastos e Indemnizatorio

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

ANEXO DE LA SOLICITUD DE SEPELIO
NÓMINA DE ASEGURABLES

	Apellido y Nombres	CUIL	Sexo	Fecha de nac.	Carácter de Asegurado (*)
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 vía e-mail en planilla formato Excel, separando los datos en columnas.

(*) Titular, Cónyuge, Hijos, Padres o Padres Políticos

_____ , _____ _____ _____

LUGAR Y FECHA

Seguros de Sepelios — Seguro Individual y Colectivo de Sepelio Prestacional, por Reintegro de Gastos e Indemnizatorio

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

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

☐ VISA ☐ MASTERCARD ☐ FAVACARD ☐ DINERS ☐ AMERICAN EXPRESS ☐ CABAL

☐ NEVADA ☐ NATIVA ☐ PATAGONIA ☐ OTRA _____

Número de Tarjeta de Crédito o CBU: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22

Digitos: 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:

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.

2. 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.

3. 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.

4. 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.

5. 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.

6. 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.

7. 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.

8. 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.

9. 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.

10. 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.

11. 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22

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.

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 Nº 770
B1900AWP - La Plata
Telefax: (0221) 429-0200
E-mail: seguros@fedpat.com.ar
www.fedpat.com.ar

ANEXO I
ART, Centros de Grabación, Digitalización y Atención Telefónica (CAT)
Avda. 51 Nº 789
B1900AWC - La Plata
Telefax: (0221) 429-0333
E-mail: art@fedpat.com.ar

ANEXO II
Automotores Producción e Inspecciones; Siniestros y Legales
Avda. 51 Nº 765
B1900AWC - La Plata
Telefax: (0221) 429-0200

CONSULTORIOS ART
Calle 11 Nº 924
B1900DPN - La Plata
Telefax (0221) 429-0333

CENTRO OPERATIVO GONNET
Camino General Belgrano
entre 506 y 508
B1897CBF - Gonnet
Telefax (0221) 493-9000

AGENCIAS

AVELLANEDA
Producción, Caja y Administración
Lavalle 83
B1870CCA - Avellaneda
Telefax: (011) 4229-6100

Siniestros
Avda. Belgrano 614
B1870ARR - Avellaneda
Telefax: (011) 4229-6100

BAHÍA BLANCA
11 de Abril 145
B8000LMC - Bahía Blanca
Telefax: (0291) 453-0479

BUENOS AIRES
Adolfo Alsina 815
C1087AAM - Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Teléfax: (011) 4346-9200

CENTRO DE INSPECCIÓN Y GESTIÓN AUTOMOTORES
Av. Belgrano 3141
C1209AAD - Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Telefax: (011) 4959-8400

CÓRDOBA
Fragueiro 357
X5000KRG - Córdoba
Telefax: (0351) 454-6900

LA PLATA (Zona Franca)
Pte. Perón e Hipólito Yrigoyen S/Nº
Edificio de Usos Múltiples
Planta baja - Local 1
B1925CKA - Ensenada - Bs. As.
Tels.: (0221) 468-0051 / 458-0080
Fax: (0221) 468-0053

MARTÍNEZ
Administración, Producción y Siniestros
Av. Santa Fé 2785
B1640IGB - Partido de San Isidro
Telefax: (011) 5230-0700

Anexo Centro de Inspección Automotores
Telefax: (011) 5230-0777

MENDOZA
25 de Mayo 1258
M5500EUZ - Mendoza
Telefax: (0261) 449-4700

NOROESTE ARGENTINO (N.O.A.)
José Rondeau 875
T4000AHQ - San Miguel de Tucumán
Telefax: (0381) 411-0800

QUILMES
Humberto Primo 186
B1878KDD - Quilmes
Telefax: (011) 4350-3300

SAN MARTÍN
Carrillo 2283
B1650BSC - San Martín
Telefax: (011) 4752-2013

SITIO WEB
www.fedpat.com.ar

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

REDES SOCIALES



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

SSN SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN — www.ssn.gob.ar | 0800-666-8400 | Nº de Inscripción SSN: 726

Form. 1041 - Impresión: 05/02/2018

Seguros de Sepelios — Seguro Individual y Colectivo de Sepelio Prestacional, por Reintegro de Gastos e Indemnizatorio



¡La tranquilidad de tener todo resuelto!

Para contratación individual, familiar o grupal (Empresas, Cooperativas, Mutuales, etc.)

FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

Un respaldo más que seguro

CARACTERÍSTICAS Y MODALIDADES

El Servicio de Sepelio Prestacional

Cuando un ser querido fallece, se produce uno de los momentos más difíciles por los que pasamos las personas y es precisamente en esos momentos cuando se necesita contar con un apoyo profesional para la asistencia en trámites, respetando siempre a las personas, su dolor y privacidad.

Ante un lamentable suceso, las personas suelen sentir una desprotección total, desconocimiento sobre a quién acudir en esos casos, encontrarse con un trato impersonal y desinterés en la gestión de trámites, a lo que suele sumarse la falta dinero al momento de afrontar el hecho del fallecimiento de un familiar

Por eso es importante contar con el **Seguro de Sepelio Prestacional de Federación Patronal,** permitiéndole acceder al acompañamiento y ayuda ante una necesidad imprevista, sensible y única, que debe ser atendida con solemnidad, respeto y rapidez.

Teniendo esta cobertura, los asegurados pueden comunicarse durante las 24 horas, los 365 días del año con la Central de Emergencias Funerarias llamando de forma gratuita al **0800-888-4400** para acceder a la atención personalizada de un asistente de familia profesional preparado para proporcionar contención, respeto y calidez humana acompañando la capacidad resolutiva para colaborar en la definición de detalles operativos, logística y coordinación necesaria en estos casos.



Modalidades de Sepelio:
Servicio Prestacional
Reintegro de Gastos

Modalidades de Contratación:

a) Contratación Individual:
Titular, Cónyuge e Hijos
Titular, Cónyuge, Hijos y Padres

b) Contratación Colectiva:
Titulares, Cónyuges e Hijos
Titulares, Cónyuges, Hijos y Padres
Titulares, Cónyuges, Hijos, Padres y Padres Políticos



Además:
Plan Prestacional de Sepelio como Beneficios para Empresas:

- *Provee apoyo y contención de la empresa a sus empleados*
- *Prestación y costos adaptados a cada necesidad*
- *Se alinea con la responsabilidad social empresaria*

FEDERACION PATRONAL
SEGUROS SA

EJEMPLO DE COSTOS, SERVICIO Y BENEFICIOS

Costo mensual por edad y zona geográfica

Edad	Costo (*)		Edad	Costo (*)		Edad	Costo (*)	
	Norte	Sur (**)		Norte	Sur (**)		Norte	Sur (**)
0	$ 40,00	$ 50,00	22	$ 11,00	$ 14,00	44	$ 27,00	$ 33,00
1	$ 10,00	$ 12,00	23	$ 11,00	$ 14,00	45	$ 29,00	$ 36,00
2	$ 9,00	$ 11,00	24	$ 11,00	$ 14,00	46	$ 32,00	$ 40,00
3	$ 9,00	$ 11,00	25	$ 11,00	$ 14,00	47	$ 35,00	$ 43,00
4	$ 8,00	$ 10,00	26	$ 11,00	$ 14,00	48	$ 38,00	$ 47,00
5	$ 8,00	$ 10,00	27	$ 11,00	$ 14,00	49	$ 42,00	$ 52,00
6	$ 8,00	$ 10,00	28	$ 11,00	$ 14,00	50	$ 45,00	$ 56,00
7	$ 7,00	$ 9,00	29	$ 12,00	$ 15,00	51	$ 49,00	$ 61,00
8	$ 7,00	$ 9,00	30	$ 12,00	$ 15,00	52	$ 54,00	$ 67,00
9	$ 7,00	$ 9,00	31	$ 12,00	$ 15,00	53	$ 59,00	$ 73,00
10	$ 7,00	$ 9,00	32	$ 12,00	$ 15,00	54	$ 65,00	$ 81,00
11	$ 7,00	$ 9,00	33	$ 13,00	$ 16,00	55	$ 71,00	$ 88,00
12	$ 7,00	$ 9,00	34	$ 13,00	$ 16,00	56	$ 77,00	$ 96,00
13	$ 8,00	$ 10,00	35	$ 14,00	$ 17,00	57	$ 84,00	$ 104,00
14	$ 8,00	$ 10,00	36	$ 15,00	$ 19,00	58	$ 91,00	$ 113,00
15	$ 9,00	$ 11,00	37	$ 16,00	$ 20,00	59	$ 99,00	$ 123,00
16	$ 9,00	$ 11,00	38	$ 17,00	$ 21,00	60	$ 107,00	$ 133,00
17	$ 9,00	$ 11,00	39	$ 18,00	$ 22,00	61	$ 116,00	$ 144,00
18	$ 10,00	$ 12,00	40	$ 19,00	$ 24,00	62	$ 126,00	$ 156,00
19	$ 10,00	$ 12,00	41	$ 21,00	$ 26,00	63	$ 136,00	$ 169,00
20	$ 10,00	$ 12,00	42	$ 23,00	$ 29,00	64	$ 148,00	$ 184,00
21	$ 11,00	$ 14,00	43	$ 25,00	$ 31,00	65	$ 161,00	$ 200,00

(*) más sellados en caso de corresponder.
(**) Zona Sur comprende: Bahía Blanca hacia el sur, Prov. de Neuquén, Prov. de Río Negro, Prov. de Chubut, Prov. de Santa Cruz, Prov. de Tierra del Fuego e Islas Malvinas.

El costo mensual estimado no incluye impuestos provinciales (en caso de corresponder) y responde a un reintegro de gastos de hasta $ 55.000

Puede asegurarse toda persona física hasta los 64 años de edad (límite de ingreso).
Para conocer los costos a partir de los 65 años o más, cotizaciones individuales o grupos de composición no uniforme, consulte a su Productor-Asesor de Seguros.

Características del Servicio (***):

Traslados, Estuche, Capilla Ardiente, Salas Velatorias, Servicio de Azafatas y Supervisión, Servicio de Cafetería, Cosmetología, Servicio de Asistencia Médica (Área Protegida), Servicio de Ceremonial, Carroza Fúnebre, Carroza Porta Coronas, Autos de Acompañamiento, Licencia de Inhumación, Homenaje Religioso, Certificado de Defunción y Tarjetas con ubicación de la Sepultura.

(***) Nota: Dependiendo la disponibilidad, modalidades y costumbres de cada región por lo que debe considerarse que de acuerdo al lugar de realización del servicio uno o más de los ítems detallados pueden no estar disponibles.

Importante: En el caso de no ser posible prestar el servicio, se proporcionará un reintegro de los gastos incurridos hasta la suma asegurada individual prevista en la póliza.

Beneficios del Seguro de Sepelio:

- *Personal especializado en orientación y contención*
- *Servicio de sepelio prestacional*
- *Trámites legales*
- *Cobertura en todo el país*
- *Libre elección del destino final*
- *Servicio de urgencias funerarias las 24 hs., los 365 del año, llamando al 0800-888-4400*



37

SOLICITUD DE SEGURO DE SEPELIO

FEDERACION PATRONAL
SEGUROS SA

DATOS DEL SEGURO

NÚMERO DE COTIZACIÓN | RAMO 37 (Sepelio) | POLIZA NÚMERO

☐ Seguro Individual ☐ Seguro Colectivo — Importante: No olvide completar los datos de la nómina.

Lugar | Fecha | VIGENCIA Desde | Hasta | Nº de cliente

Productor - Apellido y nombre | Prod. Nº | Agencia Nº

DATOS DEL CONTRATANTE

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

Razón social / Organismo / Tomador: | CUIT: | CIIU:

Fecha de inicio de actividad (Insc. Reg.): | Nº de Insc. Reg.: | Fecha de contrato o escritura de constitución:

Domicilio constituido: Calle: | Nº: | 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: | $exo ☐ M ☐ F

Estado civil: ☐ DNI ☐ LC ☐ LE ☐ Pas. Nº

Domicilio real: Calle: | Nº: | Piso: | Dpto.: | Localidad:

CPA: | Provincia: | Teléfono/s: @

Correo electrónico:

Profesión / Ocupación / Actividad principal: | ¿Es persona expuesta políticamente? ☐ Sí(*) ☐ 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 poder otorgado, Constancia de inscripción ante la AFIP, Constancia de inscripción ante el Registro Público de Comercio, Copia certificada del acta administrativo de designación del funcionario interviniente. (***) Adjuntar: Poder correspondiente, del cual se desprenda el carácter invocado, en copia debidamente certificada.
Importante: *Prevención de Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo: El Tomador contratante asume la carga de aportar los datos y documentos que le sean requeridos por la Aseguradora en virtud de lo establecido por las normas vigentes en materia de prevención de lavado de activos y financiamiento de terrorismo. Caso contrario, la Aseguradora dará cumplimiento a lo establecido en las Resoluciones UIF vigentes en la materia.*

Se solicita a la emisión de una póliza en el plan de Cobertura Prestacional / Reintegro de Gastos de Sepelio (según corresponda) y la inclusión de las personas que se detallan adjunto a la presente, por la suma asegurada que en cada caso se indica, con sujeción a las Condiciones Generales de la póliza que declaro conocer y aceptar. Declaro que la información consignada en la presente es exacta y completa y me comprometo a comunicar a Federación Patronal Seguros S.A. cualquier modificación que se produzca en el futuro. Quedo expresamente enterado/a que ninguna persona asegurada bajo esta póliza podrá estar incorporada o incorporarse en el futuro a otro seguro de sepelio, individual o colectivo, contratado con el Asegurador u otra entidad Aseguradora. En caso de transgresión a lo expuesto precedentemente y en caso de producirse el evento cubierto cada Asegurador contribuirá proporcionalmente al monto de su contrato.

MODALIDADES DE SEPELIO

☐ Servicio Prestacional (*) ☐ Reintegro de Gastos, hasta $

Personas nominadas cubiertas que conforman el grupo asegurable: ☐ Titulares ☐ Cónyuges o convivientes ☐ Hijos ☐ Padres ☐ Padres Políticos

(*) En el caso de no ser posible prestar el servicio, se proporcionará un reintegro de los gastos incurridos hasta la suma asegurada prevista en la póliza.

SEGURO INDIVIDUAL

Peso: _____ Kgs. Estatura: _____ Mts.

¿Tiene Ud. conocimiento de haber padecido en los últimos 5 años enfermedades cardiovasculares, psiquiátricas, gastrointestinales, genitourinarias, pulmonares, diabetes, gota, cáncer, o HIV positivo hasta la fecha? ☐ No ☐ Sí

En caso afirmativo, indicar patología, fechas, tratamiento instituido y estado actual.

SEGURO COLECTIVO

% de personal activo: _____

% de sexo femenino en el grupo: _____

Edad mínima del grupo: _____

Edad máxima del grupo: _____

Edad promedio del grupo: _____

Actividad del grupo (si es uniforme): _____

Importante: *La cobertura será efectiva a partir de los 30 días corridos desde el inicio de vigencia.*

Artículo 5º de la Ley 17.418: "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 sustancialmente sus condiciones, lo hacen anulable a opción del asegurador, aunque el siniestro sobrevenga por causa ajena a la reticencia o falsedad. El derecho se extingue si no se ejercita dentro de los TRES meses de conocida la reticencia o falsedad."
El Tomador se obliga a leer íntegramente las Condiciones Generales de la póliza de Federación Patronal Seguros S.A., en las versiones respectivas, y a cumplir con todas las disposiciones que le competen, establecidas en las Condiciones Generales de la póliza que declara conocer y aceptar.

Forma de pago: ☐ Efectivo ☐ Tarjeta de crédito / Débito en cuenta (Adjuntar formulario correspondiente)

Plan de pagos: ☐ Anticipo y _____ cuotas Prima total $

Nº de anticipo: _____ Premio total $

ADVERTENCIA: *Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Tomador, si no reclama dentro de un mes de recibido la póliza*

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

FIRMA Y SELLO DEL CONTRATANTE

ACLARACIÓN FIRMA