



Lugar y Fecha _____

Señor Gerente de FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A. Presente

De mi (nuestro) respeto: Me (nos) dirijo (gimos) al Señor Gerente, a fin de solicitarle tenga a bien asegurar, conforme las disposiciones del Decreto N° 1567 dictado por el Poder Ejecutivo de la Nación, con ajuste a la Resolución N° 29.079 emanada de la Superintendencia de Seguros de la Nación, al Personal que más abajo detallo (amos), actualmente en relación de dependencia con el (los) suscripto (s). Sin más, hago (hacemos) propicia la ocasión para saludarle con el mayor respeto.

Empleador/Tomador: _____ Cliente N°: _____

Actividad del Empleador: _____

C.U.I.T.: _____ Inicio de la Actividad: _____

CONDICIÓN FRENTE AL I.V.A.

RESP. INSCRIPTO RESP. INSCR. RES. 3.125 RESP. MONOTRIBUTO EXENTO DECRETO EXENTO ACTIVIDAD

¿Tiene contratado ART en nuestra aseguradora? SI NO

En caso afirmativo colocar el N° de contrato de lo contrario, especificar en que ART lo tiene:

Domicilio Legal: _____

Domicilio Comercial: _____

Vigencia Anual: ____/____/____ al ____/____/____

IMPORTANTE

Las solicitudes de seguro deberán ser acompañadas de manera indefectible con copia de la última nómina del personal empleado declarada al Sistema Unico de la Seguridad Social (SUSS) a cargo de la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP).

FACTURACIÓN: ANUAL SEMESTRAL TRIMESTRAL

NOTA: El pago del premio correspondiente es en una cuota única. Si la nómina es inferior o igual a 5 personas se factura en forma anual exclusivamente.

NOMINA DEL PERSONAL A ASEGURAR

Table with 2 columns: C.U.I.L. and APELLIDO Y NOMBRES. Multiple empty rows for data entry.

Continuar al dorso

Casa Matriz: Avda. 51 N° 770 (B1900AWP) La Plata Teléfono: (0221) 429-0200 • Fax: (0221) 429-0229 • http://www.fedpat.com.ar E-mail: seguros@fedpat.com.ar

17-Vida Obligatorio / Formulario 001