



FIGURA DEL CONTRATANTE / TOMADOR (Tildar lo que corresponda y completar la sección indicada)

<input type="checkbox"/> SECCIÓN A) PERSONA FÍSICA		MATRÍCULA: _____	
<b>Apellido y nombres</b>		DNI	LC LE Pas. N°
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Nacionalidad	
Sexo M F	Estado Civil	CUIT CUIL CDI N°	Condición ante el IVA (Adjuntar comprobante)
¿Es agente de percepción? SI NO		Ingresos Brutos N°	
<b>Domicilio real:</b> Calle		N°	Piso Dpto. Localidad CP Prov.
Tel. fijo 0 _____ + _____	Tel. móvil 0 _____ + 15 _____	e-mail: _____ @ _____	
Cód. área Número sin guiones		Cód. área Número sin guiones	
Profesión / Ocupación / Actividad principal		¿Es persona expuesta políticamente? SI NO	
<b>DATOS DEL CO-TITULAR</b>			
<b>Apellido y nombres</b>		DNI	LC LE Pas. N°
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Nacionalidad	
Sexo M F	Estado Civil	CUIT CUIL CDI N°	¿Es cónyuge? SI NO
<b>Domicilio real:</b> Calle		N°	Piso Dpto. Localidad CP Prov.
Tel. fijo 0 _____ + _____	Tel. móvil 0 _____ + 15 _____	e-mail: _____ @ _____	
Cód. área Número sin guiones		Cód. área Número sin guiones	
<input type="checkbox"/> SECCIÓN B) PERSONA JURÍDICA (•)		MATRÍCULA: _____	
<b>Razón Social</b>		CUIT	CIU
Fecha de inscripción registral	N° de inscripción registral	Fecha de contrato ó escritura de constitución	
<b>Domicilio legal:</b> Calle		N°	Piso Dpto. Localidad CP Prov.
Tel. fijo 0 _____ + _____	Tel. móvil 0 _____ + 15 _____	e-mail: _____ @ _____	
Cód. área Número sin guiones		Cód. área Número sin guiones	
¿Es agente de percepción? SI NO		Ingresos Brutos N°	
Actividad principal realizada		Condición ante el IVA (Adjuntar comprobante)	
<b>DATOS DEL REPRESENTANTE DE LA PERSONA JURÍDICA</b>			
<b>Apellido y nombres del representante de la persona jurídica</b>		En carácter de	
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Nacionalidad	
Sexo M F	Estado Civil	DNI LC LE Pas. N°	CUIT / CUIL
<b>Domicilio real:</b> Calle		N°	Piso Dpto. Localidad CP Prov.
Tel. fijo 0 _____ + _____	Tel. móvil 0 _____ + 15 _____	e-mail: _____ @ _____	
Cód. área Número sin guiones		Cód. área Número sin guiones	
(*) Adjuntar: Copia del Estatuto Social actualizado / Copia del acta designando al Representante Legal.			
<input type="checkbox"/> SECCIÓN C) ORGANISMO PÚBLICO (••)		MATRÍCULA: _____	
<b>Denominación de la Dependencia</b>			
CUIT	Condición ante el IVA	Tel. fijo 0 _____ + _____	Tel. móvil 0 _____ + 15 _____
Cód. área Número sin guiones		Cód. área Número sin guiones	
<b>Domicilio legal organismo:</b> Calle		N°	Piso Dpto. Localidad CP Prov.
<b>DATOS DEL FUNCIONARIO DEL ORGANISMO PUBLICO</b>			
<b>Apellido y nombres del funcionario</b>		DNI	LC LE Pas. N°
<b>Domicilio real:</b> Calle		N°	Piso Dpto. Localidad CP Prov.
(**) Adjuntar: Copia del acto administrativo de designación del funcionario interviniente / Copia del documento de identidad del funcionario interviniente.			

<b>Asegurado:</b> Secretaría de Transporte y/o Comisión Nacional de Regulación del Transporte			
<b>Domicilio:</b> Calle		N°	Piso Dpto. Localidad CPA Provincia
Teléfono/s		Correo electrónico: _____ @ _____	
N° de Inscripción:		Resolución Secretaría de Transporte N°:	Expediente N°:
Vigencia desde:			
Objeto del seguro:		Servicio de Turismo y/o Ejecutivo	Servicio de Oferta Libre
Detalle de vehículos: (Detallar dominio/s)			
<b>Monto de la garantía solicitada \$:</b>			
La presente póliza deberá certificarse por: COLEGIO DE ESCRIBANOS ESCRIBANO SIN CERTIFICACION			

EN CASO DE EMISIÓN DE LA PÓLIZA SOLICITADA VENCIDO EL PLAZO FACTURADO, SE FACTURARÁN NUEVOS PERÍODOS HASTA LA DEVOLUCIÓN DE LA PÓLIZA

La póliza completa y todas sus condiciones puede obtenerlas en [www.fedpat.com.ar](http://www.fedpat.com.ar), accediendo al link WEB ASEGURADOS

FIRMA TOMADOR		ACLARACIÓN y CARGO	
Lugar		Fecha:	
Productor	N°	Agencia:	

LD

1 de 1

Casa Matriz:

Ayda. 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](mailto:seguros@fedpat.com.ar)

Este formulario contiene todos los datos obligatorios requeridos por la Ley N° 25.246