



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

SECCIÓN A) PERSONA FÍSICA MATRÍCULA: _____

Apellido y nombres		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 <small>(Adjuntar comprobante)</small>
¿Es agente de percepción? SI NO					Ingresos Brutos N°
Domicilio real: Calle		N°	Piso	Dpto.	Localidad
Tel. fijo 0 _____ + _____		Tel. móvil 0 _____ + 15 _____		e-mail: _____ @ _____	
<small>Cód. área</small>		<small>Número sin guiones</small>		<small>Cód. área</small>	
Profesión / Ocupación / Actividad principal					¿Es persona expuesta políticamente? SI NO

DATOS DEL CO-TITULAR

Apellido y nombres		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
Domicilio real: Calle		N°	Piso	Dpto.	Localidad
Tel. fijo 0 _____ + _____		Tel. móvil 0 _____ + 15 _____		e-mail: _____ @ _____	
<small>Cód. área</small>		<small>Número sin guiones</small>		<small>Cód. área</small>	

SECCIÓN B) PERSONA JURÍDICA (•) MATRÍCULA: _____

Razón Social		CUIT	CIU
Fecha de inscripción registral	N° de inscripción registral	Fecha de contrato ó escritura de constitución	
Domicilio legal: Calle		N°	Piso
Tel. fijo 0 _____ + _____		Tel. móvil 0 _____ + 15 _____	
<small>Cód. área</small>		<small>Número sin guiones</small>	
¿Es agente de percepción? SI NO			Ingresos Brutos N°
Actividad principal realizada			Condición ante el IVA <small>(Adjuntar comprobante)</small>

DATOS DEL REPRESENTANTE DE LA PERSONA JURÍDICA

Apellido y nombres del representante de la persona jurídica		En carácter de	
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento		
Sexo M F	Estado Civil	DNI	LC
Domicilio real: Calle		N°	Piso
Tel. fijo 0 _____ + _____		Tel. móvil 0 _____ + 15 _____	
<small>Cód. área</small>		<small>Número sin guiones</small>	

(*) **Adjuntar:** Copia del Estatuto Social actualizado / Copia del acta designando al Representante Legal.

SECCIÓN C) ORGANISMO PÚBLICO (••) MATRÍCULA: _____

Denominación de la Dependencia			
CUIT	Condición ante el IVA	Tel. fijo 0 _____ + _____	Tel. móvil 0 _____ + 15 _____
<small>Cód. área</small>		<small>Número sin guiones</small>	
Domicilio legal organismo: Calle		N°	Piso
Tel. fijo 0 _____ + _____		Tel. móvil 0 _____ + 15 _____	
<small>Cód. área</small>		<small>Número sin guiones</small>	

DATOS DEL FUNCIONARIO DEL ORGANISMO PÚBLICO

Apellido y nombres del funcionario		DNI	LC	LE	Pas. N°
Domicilio real: Calle		N°	Piso	Dpto.	Localidad
Tel. fijo 0 _____ + _____		Tel. móvil 0 _____ + 15 _____		e-mail: _____ @ _____	
<small>Cód. área</small>		<small>Número sin guiones</small>		<small>Cód. área</small>	

(***) **Adjuntar:** Copia del acto administrativo de designación del funcionario interviniente / Copia del documento de identidad del funcionario interviniente.

Asegurado: Secretaría de Transporte y/o Comisión Nacional de Regulación del Transporte			
Domicilio: Calle		N°	Piso
Teléfono/s		Correo electrónico: _____ @ _____	
N° de Inscripción:		Resolución Secretaría de Transporte N°:	
Vigencia desde:		Expediente N°:	
Objeto del seguro:		Servicio de Turismo y/o Ejecutivo	
Detalle de vehículos: (Detallar dominio/s)		Servicio de Oferta Libre	
Monto de la garantía solicitada \$:			
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, accediendo al link WEB ASEGURADOS

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

LD

1 de 1

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

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