



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 <small>(Adjuntar comprobante)</small>
¿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: _____ @ _____
<small>Cód. área Número sin guiones</small>		<small>Cód. área Número sin guiones</small>	
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: _____ @ _____
<small>Cód. área Número sin guiones</small>		<small>Cód. área Número sin guiones</small>	
<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: _____ @ _____
<small>Cód. área Número sin guiones</small>		<small>Cód. área Número sin guiones</small>	
¿Es agente de percepción? SI NO			Ingresos Brutos N°
Actividad principal realizada			Condición ante el IVA <small>(Adjuntar comprobante)</small>
<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: _____ @ _____
<small>Cód. área Número sin guiones</small>		<small>Cód. área Número sin guiones</small>	
(*) <b>Adjuntar:</b> 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 _____
<small>Cód. área Número sin guiones</small>		<small>Cód. área Número sin guiones</small>	
<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.
(**) <b>Adjuntar:</b> Copia del acto administrativo de designación del funcionario interviniente / Copia del documento de identidad del funcionario interviniente.			

Registro de Importador / Exportador:

<b>Apellido y nombre del despachante:</b>		CUIT:	
<b>Domicilio:</b> Calle	N°	Piso Dpto. Localidad	CPA Provincia
Teléfono/s		Correo electrónico: _____ @ _____	
RIESGO A CUBRIR (Código - Motivo de garantía):			
Detalle de la mercadería:			
Valor de la mercadería:			
Monto de la garantía \$:	U\$S:	Fecha de presentación de la Garantía:	
Plazo estimado de la garantía:		Número de conocimiento de Embarque / Guía aérea:	
Adjuntar copia del escrito de presentación a la Aduana por el que plantea el hecho que motiva la garantía.			
Indicar la disposición legal o la resolución aduanera que motiva el pedido de la póliza:			
<b>Aduana</b> (Donde debe enviarse 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:

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

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