



Solicitamos la emisión de una póliza de Seguro de Caucción a favor del **Fideicomiso Fondo de Turismo Estudiantil representado por Nación Fideicomisos S.A. en su rol de fiduciario y no a título personal** con domicilio en Av. Belgrano 955 Piso 12 - Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en garantía de nuestras obligaciones como Agencia de Viajes en operaciones de Turismo Estudiantil.  
Indicar nombre completo (Sin iniciales) y domicilio del Tomador tal como debe figurar en la póliza:

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

<input type="checkbox"/> <b>SECCIÓN A) PERSONA FÍSICA</b>		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"/> <b>SECCIÓN B) PERSONA JURÍDICA (*)</b>		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 JURIDICA</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"/> <b>SECCIÓN C) ORGANISMO PÚBLICO (**)</b>		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.			

**DATOS COMERCIALES, SUMA ASEGURADA Y VIGENCIA**

Número de Legajo de Agencia: _____	
<b>Código de Seguridad del Contrato</b> <small>(Individualizar las letras en mayúsculas y en minúsculas según corresponda):</small>	
<b>N° de Contrato:</b> _____	Nombre del Colegio: _____
Domicilio del Colegio: _____	
Destino: _____	Fecha de Partida: _____ Fecha de Arribo: _____
Precio Unitario por Pasajero: _____	Cantidad de Pasajeros: _____ Precio Total del Contingente: _____
Suma a Garantizar: (30% del Valor del Contingente)	

A los efectos de esta solicitud, se definen como:

**Asegurado:** Fideicomiso Fondo de Turismo Estudiantil representado por Nación Fideicomisos S.A. en su rol de fiduciario y no a título personal

**Asegurador:** FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

**Tomador:** Es la empresa o el conjunto de empresas que representamos y que firman la presente solicitud.

**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

Productor	N°	Agencia:
-----------	----	----------

LD

1 de 1

**Casa Matriz:**

Avda. 51 N° 770 (B1900AWP) La Plata  
Telefax: (0221) 429-0200 • <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