



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

<input type="checkbox"/> 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 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
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 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: _____	
Razón Social		CUIT CIU	
Fecha de inscripción registral	N° de inscripción registral	Fecha de contrato ó escritura de constitución	
Domicilio legal: 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>
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		Nacionalidad
Sexo M F	Estado Civil	DNI LC LE Pas. N°	CUIT / CUIL
Domicilio real: 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>	
(•) Adjuntar: Copia del Estatuto Social actualizado / Copia del acta designando al Representante Legal.			
<input type="checkbox"/> SECCIÓN C) ORGANISMO PÚBLICO (••)		MATRÍCULA: _____	
Denominación de la Dependencia			
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>	
Domicilio legal organismo: Calle		N°	Piso Dpto. Localidad CP Prov.
DATOS DEL FUNCIONARIO DEL ORGANISMO PUBLICO			
Apellido y nombres del funcionario			DNI LC LE Pas. N°
Domicilio real: 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.			

Registro de Importador / Exportador:

Apellido y nombre del despachante:		CUIT:	
Domicilio: 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:	
<i>Adjuntar copia del escrito de presentación a la Aduana por el que plantea el hecho que motiva la garantía.</i>			
Indicar la disposición legal o la resolución aduanera que motiva el pedido de la póliza:			
Aduana (Donde debe enviarse 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