



El presente formulario constituye la Solicitud del seguro y formará parte de la póliza correspondiente. El solicitante declara haberse impuesto de las Condiciones del seguro las que acepta en todas sus partes y afirma que la información dada en la presente solicitud es completa, verídica y de buena fe, aún cuando no esté escrita de su puño y letra.  
Art.5 Ley de Seguros 17418: Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado, aun hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si el asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato.

NÚMERO DE COTIZACION		NÚMERO DE CLIENTE		POLIZA NÚMERO	
PRODUCTOR NÚMERO	AGENCIA	VIGENCIA DESDE	AÑO	HASTA	AÑO

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

**SECCIÓN A) PERSONA FÍSICA**

<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</small>		<small>Número sin guiones</small>		<small>Cód. área</small>		<small>Número sin guiones</small>					
Profesión / Ocupación / Actividad principal									¿Es persona expuesta políticamente? SI NO		

**DATOS DEL CO-TITULAR**

<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</small>		<small>Número sin guiones</small>		<small>Cód. área</small>		<small>Número sin guiones</small>					

**SECCIÓN B) PERSONA JURÍDICA (•)**

<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</small>		<small>Número sin guiones</small>		<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**

<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</small>		<small>Número sin guiones</small>		<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 (••)**

<b>Denominación de la Dependencia</b>											
CUIT	Condición ante el IVA			Tel. fijo 0 [ ] + [ ]		Tel. móvil 0 [ ] + 15 [ ]					
<small>Cód. área</small>		<small>Número sin guiones</small>		<small>Cód. área</small>		<small>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.

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

**Apartado I- DATOS PROFESIONALES**

- Profesión / Título obtenido: [ ]
  - ¿Su profesión es regulada por alguna norma (ley, decreto, resolución u otra) y/o reconocida por el Ministerio de Salud? SI NO
- Universidad / Organismo que expidió el título: [ ] Año de graduación [ ]
- Autoridad ante la cual se halla registrado profesionalmente: [ ]
 

N° de Matrícula [ ]	Año de matriculación [ ]	Tipo de matriculación: [ ]
Nacional / Provincial / Otras (Especificar): [ ]		
- Jurisdicción en la que ejerce su actividad profesional: [ ]
- ¿Es miembro activo de alguna asociación de salud? SI NO ¿Cuáles? [ ]

LD

1 de 3

**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



**SECCIÓN IV - OBSERVACIONES**


**ADVERTENCIA**

El presente formulario constituye la Solicitud del seguro y formará parte de la póliza correspondiente. Todas las preguntas deberán ser respondidas en forma precisa sin dejar espacios en blancos y de existir alguna duda sobre la información solicitada, o si alguna circunstancia que haya considerado de interés no ha sido preguntada, en ambos casos deberá consultar al asegurador quien diligentemente lo asesorará. Si el espacio asignado a cada pregunta no le ha permitido extenderse en la forma que Usted considere adecuada agregue a esta Solicitud todas las páginas complementarias que crea necesarias. Tenga el recaudo de aclarar el número de la pregunta correspondiente, firme y numere las páginas anexas.

Firmar esta solicitud no obliga ni al solicitante ni al Asegurador en cuanto a la contratación y/o aceptación del riesgo.

**PLAN DE PAGO Y FORMA**

ANTICIPO Y <input type="text"/> <input type="text"/> CUOTAS	FORMA DE PAGO: EFECTIVO    TARJETA DE CRÉDITO / DÉBITO EN CUENTA (Adjuntar formulario correspondiente)
---	--

**SUMA ASEGURADA, PRIMA Y PREMIO TOTAL**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>SUMA TOTAL ASEGURADA</b>	<b>PRIMA TOTAL</b>	<b>PREMIO TOTAL</b>

Lugar <input type="text"/>	Fecha: <input type="text"/>
----------------------------	-----------------------------

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLCITANTE

\_\_\_\_\_  
ACLARACIÓN FIRMA

