



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, aun 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	HASTA		

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

SECCIÓN A) PERSONA FÍSICA

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</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

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

SECCIÓN B) PERSONA JURÍDICA (*)

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</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

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</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.

DATOS PROFESIONALES Y DEL SEGURO A CONTRATAR

1. Indicar si es se desempeña como: Productor Organizador Ambos	10. Cantidad TOTAL de Certificados vigentes:
2. Si es Organizador, indicar la cantidad de productores con los que opera:	11. Indicar el nombre de TODOS los bancos con los que opera
3. Antigüedad en la profesión:	12. Describa la estructura de su organización (Recursos Humanos)
4. Número de Matrícula SSN:	13. Mencionar el software de seguros utilizado:
4.1. Tipo de Matriculación: Amplia (no restringida) Sólo Vida/Retiro Restringida por localidad	14. Mencionar los cursos de capacitación tomados en el último año:
5. Lugar o los lugares donde normalmente desarrolla sus actividades profesionales:	15. Detallar TODOS los seguros contratados hasta la fecha cubriendo el riesgo de Responsabilidad Civil Praxis Profesional, indicando el nombre de la compañía, el número de póliza y la vigencia de cada una de ellas:
6. Monto de sus ingresos anuales:	16. En caso que alguno de los seguros mencionados en el punto anterior hubiese sido cancelado, anulado o rescindido, indicar la causa:
7. Nombre de TODAS las aseguradoras con las que opera:	
8. En caso de ser Productor de Federación Patronal Seguros S.A. es: Exclusivo Compartido Consecuente (mayor producción en Federación Patronal Seguros S.A. mín.80%)	
8.1 Mencionar los códigos con los que opera en Federación Patronal Seguros S.A.	
9.) Indicar el monto de Producción en primas del último año desagregado por compañías:	

LD

1 de 2

Casa Matriz:

Avda. 51 N° 770 (B1900AWP) La Plata
Teléfonos: (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

17. Detallar TODAS las reclamaciones que haya tenido por Responsabilidad Civil en el ejercicio de su profesión, indicando, fechas, montos y fundamentos de las mismas:

Four empty rectangular boxes for detailing claims.

18. Detallar TODAS las sanciones que haya tenido en el ejercicio de su profesión por parte de la SSN, indicando fechas, fundamentos y tipos de sanción:

Four empty rectangular boxes for detailing sanctions.

19. Periodo extendido de denuncias (o de notificación de reclamos) contratado al inicio:

- 2 años (incluido automáticamente)
- 5 años (con costo adicional)
- 10 años (con costo adicional)

En caso que este punto no sea completado por el solicitante se entenderá que el mismo opta por el periodo extendido de denuncias de DOS años, el cual se incluye automáticamente en la cobertura.

20. Socio de AAPAS SI NO

21. Suma asegurada solicitada: [] Reposiciones de suma asegurada: a) Una b) Sin reposición

OBSERVACIONES

Three empty rectangular boxes for observations.

ADVERTENCIA AL ASEGURABLE
POLIZA BAJO CONDICIONES BASE RECLAMO O CLAIMS MADE

Esta póliza cubre únicamente la Responsabilidad Civil Profesional del Asegurado, respecto de actos, hechos u omisiones de éste último realizados con culpa o negligencia durante el ejercicio de su profesión de Productor Asesor de Seguros Matriculado, según Ley 22.400, y sujeto a las condiciones, alcances, límites y exclusiones de cobertura establecidos en el presente contrato de seguro, y en especial las de ésta cláusula.

Tal cobertura operará siempre y cuando SE HAYAN CUMPLIDO LAS CONDICIONES QUE SE INDICAN A CONTINUACIÓN:

- Que los actos, hechos u omisiones del ASEGURADO, que hayan ocasionado daños y perjuicios a los RECLAMANTES, de los cuales se derive su RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL hayan ocurrido durante el periodo de vigencia de la presente póliza, o de su RETROACTIVIDAD (para el caso de futuras y sucesivas renovaciones).
- Que los RECLAMANTES hayan formulado y notificado fehacientemente por escrito al ASEGURADO su reclamo económico de rescimiento durante el periodo de vigencia de ésta póliza o dentro de los dos años siguientes a su vencimiento o su rescisión.

Por lo tanto quedarán excluidos de la presente cobertura todos los reclamos derivados de actos profesionales prestados fuera del periodo de vigencia de la presente póliza y las notificaciones formuladas por el Asegurado al Asegurador, o los reclamos o demandas de terceros que lleguen a conocimiento del Asegurador fuera del limite temporal de vigencia de esta póliza y/o fuera de los dos años siguientes a su vencimiento o rescisión.

También queda entendido y convenido que si la notificación de cualquier actuación judicial es efectuada al Asegurado más allá del vencimiento de la póliza, o de los dos cinco siguientes a vencimiento o renovación, pero la actuación judicial fue iniciada dentro de dicho periodo, el reclamo será atendido por FEDERACIÓN PATRONAL SEGUROS S.A. como si la notificación le hubiera sido efectuada a éste dentro del mencionado periodo, siempre que se lo haya puesto en conocimiento del mismo dentro del plazo de tres días establecido en el artículo 3 de estas Condiciones Especiales o en el Art. 10 de las Condiciones Generales.

Se advierte al Asegurado que una vez recibido el reclamo deberá notificarlo al Asegurador dentro del plazo de tres días, tal cual se expresa en la Cláusula 5 de las presentes condiciones generales.

DEFINICIÓN DE RETROACTIVIDAD:

Exclusivamente a los efectos del presente sistema de cobertura (Claims made o reclamo), se entiende por limite de la retroactividad a la fecha en que comienza a regir la vigencia de la primer cobertura, contratada con FEDERACIÓN PATRONAL SEGUROS S.A., la cual debe estar indicada en las Condiciones Particulares. Por lo tanto cada vez que en la presente se mencione el término retroactividad, deberá entenderse que se está refiriendo a la fecha en que la primera póliza con FEDERACIÓN PATRONAL SEGUROS S.A. fue emitida, y que, cada renovación posterior con FEDERACIÓN PATRONAL SEGUROS S.A., no alterará dicha fecha inicial, salvo que el Asegurado y FEDERACIÓN PATRONAL SEGUROS S.A. hayan pactado otra distinta, la que también deberá constar en las Condiciones Particulares.

Para los productores que operen con Federación Patronal Seguros S.A., el único medio habilitado de pago será el débito en la cuenta corriente del productor. Quienes no operen con Federación Patronal Seguros S.A. deberán completar el plan de pago y la forma según corresponda:

PLAN DE PAGO Y FORMA

ANTICIPO Y [] CUOTAS FORMA DE PAGO: EFECTIVO TARJETA DE CRÉDITO / DÉBITO EN CUENTA (Adjuntar formulario correspondiente)

SUMA ASEGURADA, PRIMA Y PREMIO TOTAL

[] [] []
SUMA TOTAL ASEGURADA PRIMA TOTAL PREMIO TOTAL

La póliza completa y todas sus condiciones puede obtenerlas en www.fedpat.com.ar, accediendo al link WEB ASEGURADOS

LUGAR []

FECHA [] [] []

FIRMA DEL SOLICITANTE

ACLARACIÓN DE FIRMA

