



**FEDERACION PATRONAL
SEGUROS S.A.**

Form. 0650

**PROPUESTA DE ADMISIÓN
COMO PRODUCTOR**

Avda. 51 N° 770 (B1900AWP) La Plata
Teléfono: (0221) 429-0200 • Fax: (0221) 429-0229 • http://www.fedpat.com.ar
E-mail: retiro@fedpat.com.ar

Lugar y fecha:

Tengo el agrado de dirigirme a usted, a efectos de solicitarle tenga a bien contemplar la posibilidad de incorporarme como Productor Asesor Directo de seguros, de conformidad con la Ley N° 22.400 que declaro conocer, al igual que las demás disposiciones que rigen la actividad aseguradora. A tal fin a continuación le suministro mis datos personales, y al dorso contesto el cuestionario relacionado con mi actividad (para la evaluación de mi cartera).

DATOS PERSONALES

| | | | |
|--------------------------------|---------------------|---------------|--|
| Apellido: | | Nombres: | |
| Estado Civil: | Fecha de nacimiento | Nacionalidad: | |
| Apellido y nombre del cónyuge: | | | |

DOMICILIO PARTICULAR

| | | | | |
|---|------------|---------------------|----------------------|--------|
| Calle: | | N° | Piso | Depto: |
| Teléfono: | | Correo Electrónico: | | |
| CPA | Localidad: | Provincia: | | |
| ¿Es de su propiedad?: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | Destino: | Superficie cubierta: | |
| Hipotecas: | | | | |

DOMICILIO COMERCIAL (OFICINA DE VENTAS)

| | | | | |
|--|------------|--------------------------------|----------------------|--------|
| Calle: | | N° | Piso: | Depto: |
| CPA: | Localidad: | Provincia: | Teléfono: | Fax: |
| ¿Es de su propiedad?: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | Destino: | Superficie cubierta: | |
| Hipotecas: | | | | |
| ¿Tiene cartel u otro elemento identificador? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | Transcriba leyenda del cartel: | | |

OTROS DATOS

| | |
|--|---|
| ¿Es titular de otras propiedades? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | ¿Qué vehículos tiene registrados a su nombre? |
| ¿Posee otra actividad además de la de Seguros? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |
| En el caso de sociedades comerciales tipo y nómina de socios | |

IMPORTANTE: COMPLETAR Y ADJUNTAR COPIA DEL COMPROBANTE

| | | | |
|---|--|--|------------------------|
| TIPO DE DOCUMENTO | C.U.I.T. | N° DE AFILIADO A SERVICIOS SOCIALES | N° DE INSCRIPCIÓN SSNN |
| NÚMERO | NÚMERO | | |
| N° DE INSCRIPCIÓN DE APORTES JUBILATORIOS | CONDICIÓN ANTE EL IVA | | |
| | N° DE INSCRIPCIÓN EN IMPUESTO A LAS GANANCIAS (C.U.I.T.) | | |
| N° DE INSCRIPCIÓN EN IMPUESTO A LOS INGRESOS BRUTOS | | | |
| (C.A.B.A.) | (PROVINCIA) | <input type="checkbox"/> Régimen Simplificado <input type="checkbox"/> Inscripto Local <input type="checkbox"/> Convenio Multilateral (De no elegir una opción, se tomará como válido "NO INSCRIPTO") | |
| <input type="checkbox"/> PAGO DE LA MATRICULA. <input type="checkbox"/> RUBRICA DE LIBROS. | | <input type="checkbox"/> SOLICITUD DE TRANSFERENCIA BANCARIA CON FIRMA CERTIFICADA Y COPIA DEL BANCO DONDE CONSTE TITULAR /ES DE LA CUENTA. | |

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA (DEBE COMPLETARSE EN TODOS SUS PUNTOS)

| | | |
|---|-------|-------|
| 1. Antigüedad en la profesión: | | |
| 2. Zonas en las que actúa principalmente: | | |
| 3. Aseguradoras con las que trabajó y entre que fechas aproximadamente: | | |
| a) | desde | hasta |
| b) | desde | hasta |
| c) | desde | hasta |
| d) | desde | hasta |
| Motivo/s por el cual dejó de operar con la/s firma/s: | | |

| | |
|--|---|
| 4) Aseguradoras con las que trabaja actualmente y desde cuando: | ¿Qué porcentaje de su cartera representa? |
| a) | desde hasta |
| b) | desde hasta |
| c) | desde hasta |
| d) | desde hasta |
| 5. ¿Qué cualidades tiene o que condiciones le ofrece FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A. para que esté interesado en incorporarse a la misma como productor? | |
| | |
| 6. Si ya conoce a FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A. o tiene referencias de ella: ¿Puede consignar algún/nos defecto/s que entienda son negativos para la empresa? | |
| | |

IMPRESCINDIBLE

7. Favor de consignar dentro de la actividad aseguradora:

| Apellido y Nombre | Relación | Teléfono | Dirección |
|-------------------|----------|----------|-----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

8. Cantidad de operaciones que aproximadamente forman el total de la cartera distribuidas de la siguiente manera:

| | | | | | |
|--|---|-------------------------------------|---------------------------------------|--|--|
| Automotores <i>(En cantidad)</i> | Incendio <i>(En cantidad)</i> | Robo <i>(En cantidad)</i> | A.R.T. <i>(En cantidad)</i> | Otros Ramos <i>(En cantidad)</i> | TOTAL OPERACIONES <i>(En cantidad)</i> |
|--|---|-------------------------------------|---------------------------------------|--|--|

9. Porcentaje de operaciones que aproximadamente puede volcar en FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A. de acuerdo a las condiciones que esta le ofrece actualmente a sus productores y el servicio que presta:

| | | | | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---|
| Automotores <i>(En %)</i> | Incendio <i>(En %)</i> | Robo <i>(En %)</i> | A.R.T. <i>(En %)</i> | Otros Ramos <i>(En %)</i> | TOTAL OPERACIONES <i>(En %)</i> |
|-------------------------------------|----------------------------------|------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---|

Asimismo aclaro que la presente reviste el carácter de declaración jurada y que me comprometo a comunicar a esa Compañía cualquier cambio que se produjere en los datos precedentemente indicados.

Sin otro particular, aprovecho para saludarlo muy atentamente.

_____ Firma

_____ Aclaración

IMPORTANTE
NO SE DARÁ DE ALTA, si no se completa y/o adjunta la información requerida.

USO INTERNO EXCLUSIVAMENTE

| | |
|-----------------------|--|
| Esquema: _____ | • Categoría estadística: _____ |
| Grupo: _____ | <input type="checkbox"/> Consecuente <input type="checkbox"/> Compartido <input type="checkbox"/> Exclusivo <small>(De no completarse este ítem, se tomará como válido "Compartido")</small> |
| Subproductor: _____ | • Forma renovación automotores: _____ |
| Organizador: _____ | • Forma renovación Riesgos Varios: _____ |
| Gerente: _____ | • Tipo de acompañamiento: _____ |
| Código Agencia: _____ | |
| Esquema ART: _____ | |
| Recibió: _____ | Controló: _____ |
| | Autorizó: _____ |