



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	Sección B) PERSONA JURÍDICA	Sección C) ORGANISMO PÚBLICO	Sección D) APODERADO, TUTOR, CURADOR o REPRESENTANTE LEGAL PERSONA FÍSICA PERSONA JURÍDICA
---------------------------	-----------------------------	------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------

SECCIÓN A) PERSONA FÍSICA

Apellido y nombres			DNI LC LE Pas. Nº		
Fecha de nacimiento		Lugar de nacimiento		Nacionalidad	
Sexo M F	Estado Civil	CUIT	CUIL	CDI Nº	Condición ante el IVA (Adjuntar comprobante)
¿Es agente de percepción? SI NO				Ingresos Brutos Nº	
Domicilio real: Calle		Nº	Dpto.	Localidad	CPA Provincia
Teléfono/s		Correo electrónico: @			
Profesión / Ocupación / Actividad principal					¿Es persona expuesta políticamente? SI NO

SECCIÓN B) PERSONA JURÍDICA (•)

Razón Social			CUIT		CIU
Fecha de inscripción registral		Nº de inscripción registral		Fecha de contrato ó escritura de constitución	
Domicilio legal: Calle		Nº	Dpto.	Localidad	CPA Provincia
Teléfono sede social		Correo electrónico sede social: @			
¿Es agente de percepción? SI NO				Ingresos Brutos Nº	
Actividad principal realizada				Condición ante el IVA (Adjuntar comprobante)	
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. Nº			
Domicilio real: Calle		Nº	Dpto.	Localidad	CPA Provincia
Teléfono/s		Correo electrónico: @			

(•) **Adjuntar:** Copia certificada del estatuto social actualizado, Actas certificadas del órgano decisorio designando autoridades, representantes legales, Apoderados y/o autorizados con uso de firma social, Copia certificada del último balance auditado por contador público y legalizado por el Consejo Profesional de Ciencias Económicas que corresponda, el que deberá actualizarse anualmente.

SECCIÓN C) ORGANISMO PÚBLICO (••)

Organismo					
Apellido y nombres del funcionario				DNI LC LE Pas. Nº	
Domicilio real: Calle		Nº	Dpto.	Localidad	CPA Provincia
Domicilio legal organismo: Calle		Nº	Dpto.	Localidad	CPA Provincia
CUIT de la dependencia		Teléfono/s de la dependencia		Condición ante el IVA	

(••) **Adjuntar:** Copia certificada del acto administrativo de designación del funcionario interviniente.

SECCIÓN D) APODERADO, TUTOR, CURADOR o REPRESENTANTE LEGAL (•••)

Completar SECCIÓN A en caso de Personas Físicas / Completar SECCIÓN B en el caso de Personas Jurídicas

(•••) **Adjuntar:** Poder correspondiente, del cual se desprenda el carácter invocado, en copia debidamente certificada.

Completar las partes generales y el apartado que corresponda de acuerdo al seguro solicitado.

Apartado A- RESPONSABILIDAD CIVIL CALDERAS (Instalaciones a vapor, agua caliente, aceite caliente)

Destino o Uso de la Calderas:

- | | | | |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Vivienda ocupado por Propietarios | Edificio con local comercial ocupado por propietarios | Comercio sin depósito, uso o fabricación de material inflamable o explosivo | Industria con depósito, uso o fabricación de material inflamable o explosivo |
| Vivienda total o parcialmente alquilada | Edificio con local comercial ocupado por inquilinos | Pequeñas Industrias, sin depósito, uso o fabricación de material inflamable o explosivo | |

Cantidad de calderas Linderos en Calderas

a- Sin linderos o con linderos a más de 10mts de distancia
b- Con linderos a más de 100 mts y mínimo de 20mts de distancia a la calle
c- Con linderos a menos de 10 mts.

En caso de Industria o comercio, especificar actividad:

LD

1 de 4

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

Apartado B- RESPONSABILIDAD CIVIL HECHOS PRIVADOS

Se entiende por Hechos Privados aquellos que no se vinculan con actividad profesional, industrial, comercial o laboral de ningún tipo

¿Posee Póliza Vigente de Riesgos Varios? SI NO

Vivienda particular con pileta de natación

Vivienda particular sin pileta de natación

N° de Póliza

¿Desea incluir la cobertura adicional de armas de fuego? SI NO

Desea incluir a los Contratistas como asegurados y terceros (según cláusula adicional específica)? SI NO

Embarcaciones de placer, motos de agua y similares (uso particular) SI NO

Descripción de las embarcaciones:

Datos de las embarcaciones:

Número de REY / Matrícula

Lugar de guarda o amarre

Zona de navegación

Coberturas adicionales:

Daños a terceros por: 1-Incendio de la embarcación SI NO 2-Lesiones y/o muerte de personas transportadas y no transportadas SI NO
3-Práctica de deportes acuáticos SI NO 4-Tránsito terrestre sobre trailer SI NO 5-Líquidos y/o gases derramados SI NO
No cubre la obligación de la Ley General del Ambiente N° 25.675

Apartado C- RESPONSABILIDAD CIVIL ASCENSORES, MONTACARGAS, OTROS MEDIOS DE ELEVACION

Indicar el tipo de instalaciones objeto del seguro: a)Ascensores b)Montacargas c) Otros medios de elevación

Para la opción c), describir el tipo de medios de elevación

Destino o uso de los Ascensores, montacargas o medios de elevación: Oficinas o Profesionales, parcial o totalmente Particular
Otro uso (Detallar)

Cantidad de Ascensores, montacargas o medios de elevación: ¿Posee ascensorista (o personal destacado/idóneo)?: a- SI b- NO

Cantidad de pisos del inmueble donde se encuentra ubicado el ascensor, montacarga o medio de elevación:

En caso de ser necesario por falta de espacio en esta sección, anexar hoja detallando las ubicaciones del riesgo y cantidad de ascensores, montacargas o medios de elevación instalados en cada una de ellas.

Apartado D- RESPONSABILIDAD CIVIL CARTELES, LETREROS Y/U OBJETOS AFINES

Tipo de Cartel:

Adosado a la Pared

Perpendicular a la Pared o en Terrazas

En descampado con edificios vecinos a más de 10 mts

En descampado con edificios vecinos a menos de 10 mts

Cantidad de Carteles Cantidad de Ubicaciones Descripción / Medidas

En caso de ser necesario por falta de espacio en esta sección, anexar hoja detallando las ubicaciones del riesgo y cantidad de carteles instalados en cada una de ellas.

Responsabilidad Civil Cruzada: SI NO A favor de:

Apartado E- RESPONSABILIDAD CIVIL ENCARGADOS DE REGISTRO DE LA PROPIEDAD AUTOMOTOR

Fecha desde la cual es titular del registro Registro N°

Domicilio del Registro

Apellido y Nombre del encargado

Apellido y Nombre del encargado suplente

Apartado F- RESPONSABILIDAD CIVIL ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS (Ley 24.830).

Nombre del establecimiento

Organismo de control ante el cual se encuentra registrado (DIEGEP, otros)

Matrícula o número de inscripción

Nivel del establecimiento Jardín de Infantes Nivel Básico (E.G.B.) Polimodal

Otras Disciplinas (especificar):

Cantidad de alumnos: Jardín de Infantes Nivel Básico (E.G.B.) Polimodal Otras Disciplinas Total

Personal: Cantidad Docente Administrativos Servicios Varios Total

Domicilio del riesgo / Establecimiento Principal:

Establecimientos Anexos (Campo de Deportes, otros):

Tareas realizadas en el Establecimiento:

Taller Electromecánico: SI NO Taller de Carpintería: SI NO Otros:

Salidas en paseos educativos, pedagógicos y recreativos SI NO Deportes SI NO El Campo de deportes ¿Es propio o de terceros?

Pileta de Natación SI NO ¿Se realizan certámenes deportivos en otros predios? SI NO

Suministro de alimentos: ¿Se trata de servicio propio? SI NO

Si el servicio es contratado indicar el nombre del prestador del servicio:

¿Desea ampliar la cobertura para cubrir daños sufridos por alumnos mayores del establecimiento? SI NO

¿Desea contratar la cobertura adicional de Responsabilidad Civil Comprensiva? SI NO

2 de 4

SOLICITUD DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL - VARIOS RIESGOS (Calderas, Hechos Privados, Ascensores, Carteles, Encargado Registro, Establecimientos Educativos, Tintorerías, Garajes, Conservadores de Ascensores, Embarcaciones)

08-155

Apartado G- RESPONSABILIDAD CIVIL TINTORERIAS, LAVANDERIAS Y SIMILARES

Indicar la cantidad de locales que se utilizan para el ejercicio de la actividad: _____

- Indicar el tipo de actividad realizada:
- 1 Tintorerías y Receptorías de Tintorerías dedicadas a efectuar trabajos sobre efectos personales pertenecientes a particulares.
 - 2 Lavanderías y Receptorías de Lavanderías dedicadas al servicio de particulares, del comercio y/o de la industria.
 - 3 Tintorerías Industriales y Receptorías de Tintorerías Industriales destinadas exclusivamente al comercio y/o a la industria.

Indicar la cantidad de locales destinados a la actividad _____

Apartado H- RESPONSABILIDAD CIVIL DE GARAJES, PLAYAS DE ESTACIONAMIENTO Y LOCALES SIMILARES

Tipo de Riesgo

Garaje Cubierto	Playa de estacionamiento	Taller Mecánico sin soldadura	Taller Mecánico con soldadura	Hotel con cochera cubierta	
Lavadero de autos		Hotel playa de estacionamiento	Consorcio propietarios cochera cubierta		
Consorcio propietarios playa de estacionamiento			Concesionaria de automóviles		
¿Posee sistemas automáticos de detección de incendios?	SI	NO	¿Posee regadores automáticos contra incendio?	SI	NO
¿Desea cubrir la Responsabilidad Civil por la guarda de motocicletas?	SI hasta un 10% de la capacidad del local		SI hasta un 20% de la capacidad del local		NO
Cantidad de pisos: _____	Cantidad de Elevadores _____	Capacidad del garaje/playa (Cantidad de autos) _____			

Coberturas solicitadas y sumas aseguradas (Límite de responsabilidad por acontecimiento):

a) Incendio y/o rayo y/o explosión (cobertura básica)	SI	NO	Suma asegurada: _____
b) Robo y/o Hurto:	SI	NO	Suma asegurada: _____
c) Caída de pisos, plataformas o elevadores hidráulicos:	SI	NO	Suma asegurada: _____
d) Lesiones a terceros:	SI	NO	Suma asegurada: _____
e) Responsabilidad Civil Comprensiva (extracontractual):	SI	NO	Suma asegurada: _____
f) Daños a vehículos por vicios del inmueble o instalaciones:	SI	NO	Suma asegurada: _____
g) Conducción de Dependientes del Asegurado dentro del local	SI	NO	Suma Asegurada: _____
h) Conducción de Dependientes del Asegurado dentro o fuera del local	SI	NO	Suma Asegurada: _____
¿Posee sereno o cuidador?	SI	NO	En caso afirmativo, ¿Se encuentra en forma permanente? Detallar: _____

Altura de las paredes que delimitan el local: _____ metros.

IMPORTANTE: El presente riesgo requiere inspección previa al otorgamiento de cobertura

Apartado I- RESPONSABILIDAD CIVIL CONSERVADORES DE ASCENSORES E INSTALACIONES AFINES (Servicio de mantenimiento)

Tipo de instalaciones atendidas:

Ascensores	Montacargas	Rampas móviles	Bombas de agua	Otras (especificar) _____
Cantidad de Representantes Técnicos:	Cantidad de Ascensores:	Relación Ascensores / Representantes Técnicos: 1 Representante Técnico por cada _____ ascensores.		
Realiza instalación y montaje?	SI	NO		

Ubicación/es de Riesgo/s identificando la cantidad de instalaciones atendidas en cada una de ellas (si fuera necesario anexar hoja): _____

Nombre y matrícula del/los Representante/s Técnico/s (si fuera necesario anexar hoja): _____

Mencionar la norma (resolución, ordenanza u otra) que regula su actividad en la localidad donde la ejerce, indicando el organismo emisor de la misma: _____

Apartado J - RESPONSABILIDAD CIVIL EMBARCACIONES

Tipo de embarcación:

- | | | | | |
|-------------------------------|----------------|-------------|-------------------|-------------------|
| 1. Moto de Agua | 2. Jet Ski | 3. Velero | 4. Velero Regata | 5. Bote Neumático |
| 6. Lancha | 7. Semi Rígido | 8. Pesquero | 9. Crucero Diesel | 10. Crucero Nafta |
| 11 Otros (Especificar): _____ | | | | |

Descripción de la embarcación (Medidas, nombre, marca/astillero, motor): _____

Uso de la embarcación: 1. Uso Privado 2. Uso Comercial 3. Comercial Turismo

- Adicional Deportes Acuáticos SI NO
- Adicional Tránsito sobre trailer SI NO
- Adicional Líquidos y Gases derramados SI NO (No cubre la obligación de la Ley General del Ambiente N° 25.675)
- Adicional Suministro de Alimentos SI NO

Número de REY / Matrícula: _____ Lugar de Guarda o Amarre: _____

Zona de Navegación:**Zona de navegación 1**

Fluvial por el Río de la Plata Interior o Superior al oeste de una línea imaginaria que une La Plata (Argentina) con Colonia del Sacramento (R.O.U.), Delta del Paraná y todos los ríos y cursos navegables interiores del Territorio de la República Argentina, lagos y lagunas, mientras el calado de la embarcación asegurada así lo permita. Se excluye la navegación por el alto Paraná.

Zona de Navegación 2

Fluvial por el Río de la Plata Exterior o Inferior al oeste de una línea imaginaria que une Punta Rasa (Argentina) con Punta del Este (R.O.U.), Delta del Paraná y todos los ríos y cursos navegables interiores del Territorio de la República Argentina, lagos y lagunas, mientras el calado de la embarcación asegurada así lo permita.

Zona de Navegación 3

Marítima Costera, dentro de las doce millas de la costa, en la costa marítima Argentina, en la República Oriental del Uruguay y de la República Federativa del Brasil hasta Florianópolis.

Responsabilidad Civil Cruzada: SI NO A favor de: _____

CUIT		DOMICILIO: CALLE		NÚMERO	
PISO	DEPTO.	LOCALIDAD	PROVINCIA		
CPA	TELÉFONO		E-MAIL		

PARA TODOS LOS APARTADOS

Ubicación/es del riesgo: Calle:	Nº	Piso	Depto.	Localidad
Provincia	SUMA TOTAL ASEGURADA:		Moneda:	Pesos Dólares

En caso de existir más de una ubicación del riesgo, adjuntar a esta propuesta una hoja adicional con el detalle

EXPERIENCIA SINIESTRAL:

1. Demandas o reclamos por Responsabilidad Civil SI NO Cantidad y breve reseña de cada demanda /reclamo (Si fuera necesario anexar hoja)

2. ¿Conoce algún hecho o circunstancia que pueda llegar a derivar en un reclamo en su contra relacionado con la cobertura que se desea contratar? SI NO

En caso afirmativo, detallar.

OBSERVACIONES

IMPORTANTE: Para todas las secciones donde exista la posibilidad de contratar coberturas adicionales: EN CASO QUE EL SOLICITANTE HAYA DEJADO CAMPOS O CASILLEROS SIN COMPLETAR, SE CONSIDERARA QUE NO DESEA CONTRATAR LA COBERTURA ADICIONAL A LA QUE SE REFIERE TAL CAMPO O CASILLERO.

Queda convenido con respecto a las preguntas Nº 17, 18 y 19, que si existiera dicho conocimiento o información, cualquier reclamo o acción que surja de ellos queda excluido de la cobertura solicitada.

ESTA SOLICITUD NO OBLIGA AL SOLICITANTE NI A LA COMPAÑÍA A COMPLETAR EL SEGURO PERO QUEDA CONVENIDO QUE ESTE FORMULARIO CONSTITUIRÁ LA BASE DEL CONTRATO EN CASO DE EMISIÓN DE UNA PÓLIZA, Y SE ADJUNTARÁ Y FORMARÁ PARTE DE LA MISMA. EL SOLICITANTE CUYA FIRMA SE ENCUENTRA MAS ABAJO DECLARA QUE A SU LEAL SABER Y ENTENDER, LAS DECLARACIONES EFECTUADAS EN ESTA PROPUESTA SON VERDADERAS. EL SOLICITANTE DECLARA TAMBIÉN QUE SI LA INFORMACIÓN AQUÍ PROPORCIONADA SE MODIFICARA ENTRE LA FECHA DE LA PRESENTE Y LA DE EMISIÓN DE LA PÓLIZA, NOTIFICARÁ INMEDIATAMENTE A LA COMPAÑÍA SOBRE DICHA MODIFICACIÓN.

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

Lugar _____ Fecha: _____

FIRMA DEL SOLICITANTE

ACLARACIÓN FIRMA

