



**FEDERACION PATRONAL  
SEGUROS S.A.**

■ Form. 0650

## PROPUESTA DE ADMISIÓN COMO PRODUCTOR

Avda. 51 N° 770 (B1900AWP) La Plata / Telefax: (0221) 429-0200

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:	Celular:
¿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

NÚMERO y TIPO DE DOCUMENTO	C.U.I.T.	N° DE MATRÍCULA PRODUCTOR
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")

### 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 entiende 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  
(En cantidad)

Incendio  
(En cantidad)

Robo  
(En cantidad)

A.R.T.  
(En cantidad)

Otros Ramos  
(En cantidad)

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  
(En %)

Incendio  
(En %)

Robo  
(En %)

A.R.T.  
(En %)

Otros Ramos  
(En %)

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:

Grupo:

Subproductor:

Organizador:

Gerente:

Código Agencia:

Esquema ART:

• Categoría estadística:

☐ Consecuente

☐ Compartido

☐ Exclusivo

(De no completar este ítem, se tomará como válido "Compartido")

• Forma renovación automotores:

• Forma renovación Riesgos Varios:

• Tipo de acompañamiento:

Recibió:

Controló:

Autorizó: