



Datos Tomador del Seguro: **(Administrador de Consorcio)**.

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

<input type="checkbox"/> <b>SECCIÓN A) PERSONA FÍSICA</b>		<b>MATRÍCULA:</b> _____	
<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 Número sin guiones</small>		<small>Cód. área Número sin guiones</small>	
Profesión / Ocupación / Actividad principal		¿Es persona expuesta políticamente? SI NO	
<b>DATOS DEL CO-TITULAR</b>			
<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 Número sin guiones</small>		<small>Cód. área Número sin guiones</small>	
<input type="checkbox"/> <b>SECCIÓN B) PERSONA JURÍDICA (•)</b>		<b>MATRÍCULA:</b> _____	
<b>Razón Social</b>		<b>CUIT</b>	<b>CIU</b>
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 Número sin guiones</small>		<small>Cód. área Número sin guiones</small>	
¿Es agente de percepción? SI NO		Ingresos Brutos N°	
Actividad principal realizada		Condición ante el IVA <small>(Adjuntar comprobante)</small>	
<b>DATOS DEL REPRESENTANTE DE LA PERSONA JURÍDICA</b>			
<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 Número sin guiones</small>		<small>Cód. área Número sin guiones</small>	
<b>(•) Adjuntar:</b> Copia del Estatuto Social actualizado / Copia del acta designando al Representante Legal.			
<input type="checkbox"/> <b>SECCIÓN C) ORGANISMO PÚBLICO (••)</b>		<b>MATRÍCULA:</b> _____	
<b>Denominación de la Dependencia</b>			
CUIT	Condición ante el IVA	Tel. fijo 0 _____ + _____	Tel. móvil 0 _____ + 15 _____
<small>Cód. área Número sin guiones</small>		<small>Cód. área 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.
<b>(••) Adjuntar:</b> Copia del acta administrativo de designación del funcionario interviniente / Copia del documento de identidad del funcionario interviniente.			

De conformidad con las Condiciones de Cobertura que integran la presente Solicitud juntamente con las declaraciones y documentos que acompaño y declaro ser completos y veraces, solicito a FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A. en adelante "el Asegurador", la emisión de una póliza de seguro de caución a favor del CONSORCIO DE PROPIEDAD HORIZONTAL (Ley N° 13.512) sito en \_\_\_\_\_ que garantice a éste, en carácter de Asegurado, el pago hasta la suma máxima de pesos \_\_\_\_\_ que tenga derecho a requerirme por el incumplimiento de mis obligaciones legales y reglamentarias como administrador de consorcios de propiedad horizontal regulado por la ley nacional N° 13.512 y las disposiciones legales y reglamentarias aplicables de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 3 de las Condiciones Generales de la póliza.

Vigencia del seguro	Desde	Hasta
La presente póliza deberá certificarse por:	COLEGIO DE ESCRIBANOS	ESCRIBANO SIN CERTIFICACION

**La póliza completa y todas sus condiciones puede obtenerlas en [www.fedpat.com.ar](http://www.fedpat.com.ar), accediendo al link WEB ASEGURADOS**

FIRMA TOMADOR \_\_\_\_\_ ACLARACIÓN y CARGO \_\_\_\_\_

Lugar \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Productor \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Agencia: \_\_\_\_\_

LD

1 de 2

**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

**RETICENCIA Y FALSA DECLARACION**

1. Toda reticencia o falsa declaración incurrida por el Proponente del seguro dará derecho al Asegurador para emplazar a aquél por 15 días para que libere la garantía asumida por ella, siempre que a juicio de peritos el Asegurador, de haber sabido la verdad y según su práctica aseguradora, no habría emitido la póliza o habría modificado las condiciones requeridas para la emisión de la misma.

**MEDIDAS PRECAUTORIAS**

2. Cuando el Asegurador reciba del Asegurado una denuncia de incumplimiento de las obligaciones garantizadas o tenga conocimiento de que el Tomador haya pedido convocatoria de acreedores, o se le haya solicitado su quiebra o promovido ejecución en su contra por cualquier título o concepto, o cuando un hecho cierto implique disminución o deterioro de su patrimonio, capacidad técnica o solvencia, evidenciando prima facie su ineptitud para cumplimentar las obligaciones contraídas con el Asegurado, quedará facultado para solicitar medidas precautorias sobre los bienes de aquél como así también ejecutar las garantías que respaldan la solicitud del seguro. Estos resguardos sólo afectarán al patrimonio del Proponente y sus garantes solidarios hasta la concurrencia de las sumas garantizadas por el Asegurador, quedando éste obligado a gestionar su levantamiento de no haber ocurrido siniestro alguno, ni bien finalice la vigencia del seguro. Asimismo, el Asegurador tendrá derecho a emplazar al Proponente por quince días para que libere la o las garantías que haya asumido.

**OBLIGACIONES DEL PROPONENTE**

3. Serán obligaciones, del proponente hacia la Compañía:
  - a) Dar fiel cumplimiento a las obligaciones contraídas con el Asegurado como Administrador de Consorcio en Propiedad Horizontal.
  - b) Dar aviso al Asegurador dentro de las 48 horas, de cualquier conflicto que ocurra o se plantee con el Asegurado en relación con el punto anterior.
  - c) Dar aviso al Asegurador de cualquier eventualidad que mediata o inmediatamente pueda llevarlo a la imposibilidad de cumplir sus obligaciones hacia el Asegurado.
  - d) No realizar actos de disposición por cualquier título de bienes de cualquier naturaleza, sin consentimiento previo del Asegurador.
  - e) No ausentarse del país sin dejar bienes que respondan suficientemente por el incumplimiento de sus obligaciones hacia el Asegurado.
  - f) Abonar el premio correspondiente a cada período del seguro hasta la definitiva liberación de la garantía.

Ante la inobservancia de estas obligaciones, como así también la falsedad o inexactitud de la información y/o documentación acompañada para la emisión de la póliza, el Asegurador quedará facultado para solicitar las medidas precautorias a que se refiere el artículo anterior y promover las acciones legales que procedan según el caso.

Asimismo de acuerdo con lo establecido en el artículo 1 de la Resolución 429/2000 del Ministerio de Economía de la Nación, modificada por las Resoluciones 90/2001 y 407/2001, los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes:

- a) Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION.
- b) Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley N° 21.526.
- c) Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley N° 25.065.
- d) Medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION a cada entidad de seguros, los que

deberán funcionar en sus domicilios, puntos de venta o cobranza. En este caso, el pago deberá ser realizado mediante alguna de las siguientes formas: efectivo en moneda de curso legal, cheque cancelatorio Ley N° 25.345 o cheque no a la orden librado por el asegurado o tomador a favor de la entidad aseguradora.

A su vez de acuerdo con dicha Resolución los productores asesores que perciban premios deberán ingresar el producido de la cobranza de premios de los medios señalados en el artículo 1 de la misma.

**MODIFICACIONES DEL RIESGO**

4. Toda modificación o alteración posterior de las convenciones entre Proponente y Asegurado, tenidas en cuenta por la Compañía para emitir la póliza dará derecho a exigir al Proponente la liberación de la Garantía o de corresponder, el ajuste del premio abonado por la Garantía a partir de la fecha respectiva, salvo en los casos en que dichas modificaciones den lugar a la nulidad del seguro.

**PREMIO DEL SEGURO**

5. El premio del seguro deberá ser abonado por el Proponente, con antelación al comienzo de cada período en que se fracciona su vigencia.

**REPETICION Y SUBROGACION**

6. Todo pago que se vea compelido a efectuar al Asegurado como consecuencia de las responsabilidades asumidas, dará derecho al Asegurador para repetirlo del Proponente, sus herederos o causahabientes, acrecentado con los intereses respectivos de conformidad con lo estipulado en esta solicitud. Cuando el incumplimiento del Proponente fuera imputable a mala fe, culpa o negligencia, el Asegurador tendrá derecho a exigir, además, daños y perjuicios. Asimismo, el Asegurador subroga al Proponente en todos sus derechos y acciones para repetir de terceros responsables las sumas indemnizadas.

**JURISDICCION**

7. Las cuestiones judiciales que pudieran surgir entre el Proponente y el Asegurador se substanciarán ante los jueces competentes del domicilio del Asegurador.

**COMUNICACIONES Y TERMINOS**

8. Toda comunicación deberá efectuarse por medio fehaciente y los términos sólo se contarán por días hábiles.

**REPRESENTANTES DEL CONSORCIO ASEGURADO**

9. A los efectos de hacer valer los derechos de la póliza en caso de siniestro de acuerdo con lo establecido en el artículo 5 de las mismas, solicito que se indique en la póliza a emitirse que las siguientes personas podrán actuar en forma conjunta, alternada o indistinta en nombre del Consorcio de Copropietarios, los cuales podrán ser reemplazados por éste en la forma prevista en el artículo 6 de las Condiciones Generales:

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TOMADOR

\_\_\_\_\_  
ACLARACIÓN DE LA FIRMA y CARGO

\_\_\_\_\_  
LUGAR Y FECHA

