



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 la emisión de una póliza de seguro a favor de la **SUBSECRETARÍA DE COMBUSTIBLES** con domicilio en:

dependiente de la **SECRETARÍA DE ENERGÍA DE LA NACIÓN** que garantice a éste en carácter de Asegurado, el pago en efectivo hasta la suma máxima de [ ] que tenga derecho a requerirme por el incumplimiento de mis obligaciones en el desempeño de la actividad de titular de boca de expendio de combustibles líquidos y/o de gas natural comprimido, almacenador y/o distribuidor y/o comercializador de combustibles líquidos e hidrocarburos de acuerdo con las normas legales y/o reglamentarias de su marco regulatorio y aquellas que dicte en el futuro la **SUBSECRETARÍA DE COMBUSTIBLES**.

**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**

<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 agente de percepción? SI NO		Condición ante el IVA <i>(Adjuntar comprobante)</i>			Ingresos Brutos N°
<b>Domicilio real:</b> Calle		N°	Dpto.	Localidad	CPA Provincia
Teléfono/s		Correo electrónico: @			
Profesión / Ocupación / Actividad principal					¿Es persona expuesta políticamente? SI NO

**SECCIÓN B) PERSONA JURÍDICA (•)**

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

<b>Organismo</b>					
Apellido y nombres del funcionario			DNI	LC	LE Pas. N°
<b>Domicilio real:</b> Calle		N°	Dpto.	Localidad	CPA Provincia
<b>Domicilio legal organismo:</b> Calle		N°	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.

**UBICACIÓN DEL RIESGO**

<b>Domicilio:</b> Calle		N°	Dpto.	Localidad	CPA	Provincia
Teléfono/s		Correo electrónico: @				

**REPRESENTANTE TÉCNICO**

Apellido y Nombre		Matrícula		CUIT/UIL/DNI N°	
<b>Domicilio:</b> Calle		N°	Dpto.	Localidad	CPA Provincia
Teléfono/s		Correo electrónico: @			

La presente póliza deberá certificarse por: COLEGIO DE ESCRIBANOS ESCRIBANO SIN CERTIFICACION

FIRMA TOMADOR

ACLARACIÓN y CARGO

Lugar	Fecha:
Productor	N°
Agencia:	

EN CASO DE EMISIÓN DE LA PÓLIZA SOLICITADA VENCIDO EL PLAZO FACTURADO, SE FACTURARÁN NUEVOS PERÍODOS HASTA LA DEVOLUCIÓN DE LA PÓLIZA.

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 de seguro dará derecho al Asegurador para emplazar a aquél por 15 días para que libere la garantía asumida por él, o cumplido tal plazo, para exigirle el pago inmediato y anticipado del importe garantizado al Asegurado, 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 de la misma.

De proceder al pago anticipado aludido, el importe respectivo sólo será devuelto al Proponente de no producirse el siniestro, cuando el Asegurador quede liberado de la garantía en forma legal, y sin que haya lugar al pago de intereses ni devolución de premio alguno al Proponente.

La Compañía no podrá invocar como reticencia o falsa declaración la omisión de hechos o circunstancias cuyas preguntas no consten expresa y claramente en la presente solicitud.

**MEDIDAS PRECAUTORIAS**

2. Cuando el Asegurador tenga conocimiento de que el Proponente haya pedido convocatoria de acreedores, o solicitado su quiebra o iniciado ejecución en su contra por cualquier título o concepto, o cuando se le rescinda un contrato, 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, solicitará medidas precautorias sobre los bienes de aquél.

Estos resguardos sólo afectarán al patrimonio del Proponente 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 en la forma especificada en las normas legales y/o reglamentarias y/o contractuales aplicables a mi condición de Sujeto activo de la Industria del Gas Natural.
  - 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 los estados requeridos, 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 Art. 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 Nación;
- 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 Nación 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.

**MODIFICACION 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.

FIRMA DEL TOMADOR

ACLARACIÓN DE LA FIRMA y CARGO

LUGAR Y FECHA

