



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 del **ENTE NACIONAL REGULADOR DE GAS** con domicilio en: [] 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 las funciones de Sujeto del Sistema de GNC de acuerdo con las normas legales y/o reglamentarias que se indican a continuación:

[]

LD

1 de 2

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

SECCIÓN A) PERSONA FÍSICA MATRÍCULA: []

Apellido y nombres		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		Ingresos Brutos N°					
Domicilio real: Calle		N°	Piso	Dpto.	Localidad	CP	Prov.
Tel. fijo 0 [] + []	Tel. móvil 0 [] + 15 []	e-mail: [] @					
Cód. área		Número sin guiones		Cód. área		Número sin guiones	
Profesión / Ocupación / Actividad principal		¿Es persona expuesta políticamente? SI NO					

DATOS DEL CO-TITULAR

Apellido y nombres		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		Ingresos Brutos N°					
Domicilio real: Calle		N°	Piso	Dpto.	Localidad	CP	Prov.
Tel. fijo 0 [] + []	Tel. móvil 0 [] + 15 []	e-mail: [] @					
Cód. área		Número sin guiones		Cód. área		Número sin guiones	
Profesión / Ocupación / Actividad principal		¿Es cónyuge? SI NO					

SECCIÓN B) PERSONA JURÍDICA (*) MATRÍCULA: []

Razón Social		CUIT		CIU			
Fecha de inscripción registral	N° de inscripción registral		Fecha de contrato ó escritura de constitución				
Domicilio legal: Calle		N°	Piso	Dpto.	Localidad	CP	Prov.
Tel. fijo 0 [] + []	Tel. móvil 0 [] + 15 []	e-mail: [] @					
Cód. área		Número sin guiones		Cód. área		Número sin guiones	
¿Es agente de percepción? SI NO		Ingresos Brutos N°					
Actividad principal realizada		Condición ante el IVA (Adjuntar comprobante)					

DATOS DEL REPRESENTANTE DE LA PERSONA JURÍDICA

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. N°		
Domicilio real: Calle		N°	Piso	Dpto.	Localidad	CP	Prov.
Tel. fijo 0 [] + []	Tel. móvil 0 [] + 15 []	e-mail: [] @					
Cód. área		Número sin guiones		Cód. área		Número sin guiones	
(*) Adjuntar: Copia del Estatuto Social actualizado / Copia del acta designando al Representante Legal.							

SECCIÓN C) ORGANISMO PÚBLICO ()** MATRÍCULA: []

Denominación de la Dependencia		CUIT		Condición ante el IVA		Tel. fijo 0 [] + []		Tel. móvil 0 [] + 15 []	
Cód. área		Número sin guiones		Cód. área		Número sin guiones		Cód. área	
Domicilio legal organismo: Calle		N°	Piso	Dpto.	Localidad	CP	Prov.		
DATOS DEL FUNCIONARIO DEL ORGANISMO PUBLICO									
Apellido y nombres del funcionario		DNI		LC	LE	Pas. N°			
Domicilio real: Calle		N°	Piso	Dpto.	Localidad	CP	Prov.		
(**) Adjuntar: Copia del acto administrativo de designación del funcionario interviniente / Copia del documento de identidad del funcionario interviniente.									

UBICACIÓN DEL RIESGO

Domicilio: Calle	N°	Piso	Dpto.	Localidad	CPA	Provincia
Teléfono/s	Correo electrónico: [] @					

REPRESENTANTE TÉCNICO

Apellido y Nombre		Matrícula		CUIT/CUIL/DNI N°		
Domicilio: Calle	N°	Piso	Dpto.	Localidad	CPA	Provincia
Teléfono/s	Correo electrónico: [] @					

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

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

La póliza completa y todas sus condiciones puede obtenerlas en www.fedpat.com.ar, accediendo al link **WEB ASEGURADOS**

FIRMA TOMADOR

ACLARACIÓN y CARGO

Lugar	Fecha:	
Productor	N°	Agencia:

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

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 fianza asumida por ella ó 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 fianza 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 fianzas 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 del Sistema de GNC.
 - 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.

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 del 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

