



**INSTITUTO ASEGURADOR MERCANTIL COMPAÑÍA ARGENTINA DE SEGUROS S.A.**  
 Av. Belgrano 774 (C1092AAU) C.A. de Buenos Aires, Argentina - Tel / Fax 011-5555-8500  
 www.institutoasegurador.com.ar

## SOLICITUD DE SEGURO DE CAUCION AGENCIAS DE VIAJES TURISMO Y PASAJES

Personas Jurídicas

### DATOS DEL TOMADOR

(Solicitados por el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos - Unidad de Información Financiera - Resolución 202/2015)

Denominación o Razón Social _____		Fecha Inscripción registral _____	
Número de Inscripción Registral: _____		Fecha de contrato o escritura de constitución _____	
C.U.I.T. _____	I.V.A. _____		
<u>Domicilio Legal</u>			
Calle: _____	Nº _____	Piso: _____	Dpto: _____ Cod Postal: _____
Localidad: _____		Provincia: _____	
Teléfono Sede Social _____		Email: _____	
PATRIMONIO NETO DE LA SOCIEDAD: \$ _____		Según Balance al: _____	
<u>Datos identificatorios del representante legal de la sociedad</u>			
Nombre y Apellido: _____		Fecha nacimiento: _____	D.N.I.: _____
C.U.I.T.: _____		Nacionalidad: _____	Sexo: _____
Calle: _____	Nº _____	Piso: _____	Dpto: _____ Cod Postal: _____
Localidad: _____		Provincia: _____	
Teléfono: _____		Email: _____	

**Legajo MINTUR:** \_\_\_\_\_ **Nombre Comercial:** \_\_\_\_\_

**Categoría de Agencia:** \_\_\_\_\_ **Garantía Requerida:** \$ \_\_\_\_\_ **Inicio de Vigencia:** \_\_\_\_\_

El/la que suscribe (1), \_\_\_\_\_ declara bajo juramento que los datos consignados en la presente son correctos, completos y fiel expresión de la verdad.

Asimismo que (2) SI / NO se encuentra incluido y/o alcanzado dentro de la nómina de funciones de "Personas Expuestas Políticamente-PEP" aprobada por la UIF (Unidad de Información Financiera), de las cuales me ha informado el Instituto y tengo a disposición en su página de Internet y que los fondos para el pago de este seguro son de origen lícito.  
 Además, asumo el compromiso de presentar la documentación requerida para las "PEP" e informar cualquier modificación que se produzca en este aspecto, dentro de los treinta (30) días de ocurrida, mediante la presentación de una nueva Declaración Jurada.

(1) nombre y apellido completo (2) redondear SI o NO según corresponda

### IDONEO

Nombre y Apellido: _____		CUIT / CUIL : _____	Fecha Nacimiento: _____
Nacionalidad: _____	Teléfono: _____	Email: _____	
Domicilio de la agencia: _____			
Cod Postal: _____	Localidad: _____	Provincia: _____	

El Seguro solicitado por parte del Tomador es a los efectos de cumplir con las obligaciones derivadas de la Ley 18.829 o Decreto 2182/72 hasta el importe de la garantía requerida; conociendo y aceptando que el pago de cualquier indemnización al MINTUR determinará la subrogación automática del Instituto para recuperar la misma del Tomador con más los intereses que correspondan.

Dejamos constancia de que efectuamos esta solicitud para que la emisión del Seguro de caución sea resuelta por ese Instituto de conformidad con las condiciones de cobertura habituales y sobre la base de la información, que declaramos completa y veraz que hemos presentado o que presentaremos a requerimiento de ese Asegurador para nuestra calificación como empresa y para la calificación del riesgo que proponemos con esta nota y que forman parte de esta solicitud.



**INSTITUTO ASEGURADOR MERCANTIL COMPAÑÍA ARGENTINA DE SEGUROS S.A.**  
 Av. Belgrano 774 (C1092AAU) C.A. de Buenos Aires, Argentina - Tel / Fax 011-5555-8500  
 www.institutoasegurador.com.ar

A los efectos de esta solicitud, se definen como:

**Asegurado:** Es el MINTUR (Ministerio de Turismo de la Nación)

**Asegurador:** Es la Compañía de Seguros que emitirá la póliza de garantía solicitada.

**Tomador:** La Agencia que solicita el Seguro por intermedio de su representante legal.

Si el Asegurador decide emitir la Póliza de garantía solicitada, entrarán automáticamente en vigor las cláusulas insertadas al dorso de esta solicitud, las que forman parte integrante de ella.

Saludamos a ustedes muy atentamente.

**Firma del Tomador:** \_\_\_\_\_ **Firma del Idoneo:** \_\_\_\_\_

**Aclaración de Firma :** \_\_\_\_\_ **Aclaracion de Firma :** \_\_\_\_\_

## CONDICIONES PARA EL CASO DE ACEPTACIÓN DE ESTA SOLICITUD

Señores Instituto Asegurador Mercantil Compañía Argentina de Seguros S.A. I.A.M.

En caso de aceptar Uds. el Seguro de Caucción de Garantía de Administradores de Sociedades solicitado, nos sometemos a las siguientes condiciones.

### 2. VÍNCULO Y CONDUCTA DEL TOMADOR

Las relaciones entre el tomador y el Asegurador se rigen por lo establecido en la solicitud accesoria a esta póliza, cuyas disposiciones no podrán ser opuestas al Asegurado, aún cuando el Tomador no hubiere abonado el premio respectivo en las fechas convenidas. Los actos, declaraciones, acciones u omisiones del Tomador de la póliza, no afectarán en ningún modo los derechos del Asegurado frente al Asegurador.

La utilización de esta póliza implica ratificación de los términos de la solicitud.

### 3. OBJETO Y EXTENSIÓN DEL SEGURO

Para el caso de incumplimiento por parte del Tomador a cualquiera de sus obligaciones derivadas de la Ley 18.829 o Decreto 2182/72, la responsabilidad del Asegurador queda limitada al pago de hasta la suma indicada en las Condiciones Particulares. El Asegurador no queda obligado a reponer la suma asegurada.

### 4. MODIFICACIÓN DEL RIEGO

El seguro que instrumenta la presente póliza mantendrá su pleno efecto aun cuando el Asegurado impusiera al Tomador modificaciones o alteraciones de las obligaciones originales, siempre que ellas estén previstas en la ley aplicable en el momento de iniciación de la vigencia de este seguro.

El cambio de categoría de actividades del Tomador establecido por el Asegurado sin conformidad del Asegurador hace caducar el seguro.

### 5. DETERMINACIÓN Y CONFIGURACIÓN DEL SINIESTRO

Una vez firme la resolución dictada dentro del ámbito interno del Asegurado, que establezca la responsabilidad del Tomador por el incumplimiento de las obligaciones a su cargo, el Asegurado tendrá derecho a exigir al Asegurador el pago pertinente, luego de haber resultado infructuosa la intimación extrajudicial de pago hecha a aquel, no siendo necesaria ninguna otra interpelación ni acción previa contra sus bienes.

### 6. PAGO DE LA INDEMINIZACIÓN Y EFECTOS

Reunidos los recaudos establecidos en la cláusula 5a., el siniestro quedara configurado al cumplirse el plazo que el Asegurado establezca en la intimación de pago hecha al Tomador sin que este haya satisfecho tal requerimiento, debiendo el Asegurador abonar la suma correspondiente dentro de los quince (15) días de serie requerida.

Los derechos que correspondan al Asegurado contra el Tomador, en razón del siniestro cubierto por esta póliza, se transfieren al Asegurador hasta el monto de la indemnización pagada por este.

### 7. PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA

La prescripción de las acciones contra el Asegurador se producirá cuando prescriban las acciones del Asegurado contra el Tomador, de acuerdo con las disposiciones legales o contractuales aplicables. Sin embargo, transcurrido un año a partir de la finalización de la vigencia establecida en las Condiciones Particulares, la garantía quedara totalmente desafectada, aun por hechos ocurridos durante esa vigencia.

### 8. PLURALIDAD DE GARANTIAS

Si el presente seguro cubriera solo parcialmente la caucción exigida por el Asegurado, el Asegurador participara a prorrata en concurrencia con los otros garantes hasta el importe total de la garantía que se exija.

### 9. TERMINOS – JURISDICCIÓN

Todos los plazos de días indicados en la presente póliza se computaran por días hábiles. Las cuestiones judiciales que se planteen con relación al presente contrato entre el Asegurador y el Asegurado, se substanciaran ante los jueces del domicilio de este ultimo.



## **INSTITUTO ASEGURADOR MERCANTIL COMPAÑÍA ARGENTINA DE SEGUROS S.A.**

Av. Belgrano 774 (C1092AAU) C.A. de Buenos Aires, Argentina - Tel / Fax 011-5555-8500  
www. institutoasegurador.com.ar

### **TITULO EJECUTIVO**

Todo importe que el INSTITUTO ASEGURADOR MERCANTIL S.A. se viera legalmente obligado a abonar al MINISTERIO DE TURISMO DE LA NACIÓN, aunque medien procedimientos judiciales, como consecuencia de un siniestro amparado por la póliza emitida de conformidad con las declaraciones y estipulaciones de la presente solicitud, podrá ser repetido del Tomador, exigiendo su reintegro sin necesidad de demanda, interpelación judicial o extrajudicial y sin conceder plazo alguno, liquidándose el interés correspondiente desde la fecha de aquel pago a la tasa activa del Banco de la Nación Argentina.

A tales efectos el presente documento, conjuntamente con los recibos que acrediten el pago de la indemnización al MINISTERIO DE TURISMO DE LA NACIÓN, es título hábil para proceder en forma ejecutiva contra el Tomador a partir del mismo día de pago.

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

Firma del Tomador: \_\_\_\_\_ Aclaración de Firma : \_\_\_\_\_

**Certificación de Firmas (Escribanía o Banco)**