|  |
| --- |
| **FORMATO F-6**  **(SEGUROS FACULTATIVOS ÚNICAMENTE)** |
| **DATOS DE CONTACTO DEL CORREDOR DE REASEGURO Y REASEGURADOR(ES)** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| , ....... de ............................... de ....  Señores  YPFB TRANSPORTE S.A.  Presente. -  **REF.: LICITACIÓN N° “(Titulo)”**  Por la presente confirmamos que los datos de Contacto del Corredor de Reaseguro y Reasegurador(es) que respaldan la cotización facultativa de la póliza “(*Nombre del Seguro Facultativo*)” son los siguientes:  **CORREDOR DE REASEGURO**   |  |  | | --- | --- | | Póliza: | *(nombre de la póliza)* | | Corredor de Reaseguro: | *(nombre completo)* | | Dirección: | *(calle, numero, ciudad, país)* | | Teléfonos: | *(números de teléfono y fax)* | | Persona(s) de contacto: | *(nombre y teléfono directo/celular)* | | Correo electrónico: | *(e-mail)* | | Página en Internet: | *(página Web)* |   **REASEGURADOR(ES)**  *(Se deben incluir los datos de todos los reaseguradores que presentan respaldo facultativo, pudiendo utilizarse hojas o tablas adicionales para esta información):*  **Reasegurador 1**   |  |  | | --- | --- | | Póliza: | *(nombre de la póliza)* | | Reasegurador: | *(nombre completo)* | | Dirección: | *(calle, numero, ciudad, país)* | | Teléfonos: | *(números de teléfono y fax)* | | Persona(s) de contacto: | *(nombre y teléfono directo/celular)* | | Correo electrónico: | *(e-mail)* | | Página en Internet: | *(página Web)* |   **Reasegurador 2**   |  |  | | --- | --- | | Póliza: | *(nombre de la póliza)* | | Reasegurador: | *(nombre completo)* | | Dirección: | *(calle, numero, ciudad, país)* | | Teléfonos: | *(números de teléfono y fax)* | | Persona(s) de contacto: | *(nombre y teléfono directo/celular)* | | Correo electrónico: | *(e-mail)* | | Página en Internet: | *(página Web)* |   **Reasegurador 3**   |  |  | | --- | --- | | Póliza: | *(nombre de la póliza)* | | Reasegurador: | *(nombre completo)* | | Dirección: | *(calle, numero, ciudad, país)* | | Teléfonos: | *(números de teléfono y fax)* | | Persona(s) de contacto: | *(nombre y teléfono directo/celular)* | | Correo electrónico: | *(e-mail)* | | Página en Internet: | *(página Web)* |   Asimismo, por la presente manifestamos nuestra conformidad en que YPFB TRANSPORTE S.A. se reserve el derecho de contactar al Corredor de Reaseguros y/o Reaseguradores a fin de verificar la autenticidad de los respaldos de reaseguro presentados, y/o realizar consultas relacionadas al respaldo facultativo presentado.  Nombre del Representante : ..............................  Cargo : ..............................  Nombre de la Empresa : ..............................  NOTA: Se debe emitir un Formato para cada uno de los Seguros Facultativos ofertados. |