

## RESUMEN SEGURO DE VEHICULOS

### A. INFORMACIÓN GENERAL

#### 1. Datos de la empresa aseguradora:

**Oficina Principal:**

Av. Las Begonias 475 San Isidro, Lima

#### Plataformas de Atención al Cliente:

- **Lima:**

Av. Paseo de la República 3505 San Isidro  
Av. Paseo de la República 3082 San Isidro  
Av. Las Begonias 471. San Isidro  
Av. Comandante Espinar 689, Miraflores

- **Arequipa:**

Pasaje. Belén Nro. 103 Urb. Vallecito  
Telf. (054)-381700

- **Huancayo:**

Jr. Ancash Nro. 125, Huancayo  
Telf. (064)-223233

- **Trujillo:**

Av. Victor Larco Nro. 1124  
Telf. (044)-485200

- **Chiclayo:**

Av. Salaverry Nro. 560 Urb. Patazca  
Telf. (074)- 481400

- **Piura:**

Calle Libertad Nro. 450.  
Telf. (073)-284900

**Central de Consultas y Reclamos:**

(01) 411-3000

**Central de Emergencia Alo Rimac**

Lima: (01) 411-1111 Provincias: 0-800-4-1111

**Correo Electrónico:**

[reclamos@rimac.com.pe](mailto:reclamos@rimac.com.pe)

**Página Web:**

[www.rimac.com](http://www.rimac.com)

#### 2. Denominación del Producto: Producto: SEGURO DE VEHICULOS

#### 3. Lugar y Forma de Pago de la Prima:

En las Oficinas de Rímac, en las Oficinas Bancarias autorizadas y/o comercializador autorizado según corresponda.  
Forma de pago según Convenio de Pago, de corresponder.

#### 4. Medio y plazo establecidos para el aviso del siniestro:

**Medios:** El aviso de siniestros debe ser comunicado por el contratante, asegurado o beneficiario a la aseguradora en las Plataformas de Atención al

Cliente o vía telefónica a la Central de Emergencia Aló Rimac, o por correo electrónico, listados en el punto 1 de este resumen.

**Plazo:** El aviso de siniestros debe ser comunicado, dentro de un plazo no mayor de tres (3) días de ocurrido el siniestro, salvo que la póliza de seguro correspondiente contemple un plazo diferente. **Si se tratan de siniestros donde se tengan que activar coberturas sobre personas, deberás dar aviso en el más breve plazo y en un plazo máximo de 7 días de ocurrido el siniestro, o desde la fecha de conocido el beneficio.**

Podrá encontrar información adicional sobre este punto en el numeral 4 de las Condiciones Generales del Seguro Vehicular.

**5. Lugares autorizados por la Aseguradora para solicitar cobertura del seguro:**

Plataformas de Atención al cliente listadas en el punto 1 de este resumen.

**6. Medios habilitados para presentación de consultas y/o reclamos a la aseguradora:**

Por teléfono al 411-3030 en Lima, o por escrito: mediante carta dirigida a RIMAC la cual deberá ser presentada en cualquiera de nuestras Plataformas de Atención descritas en el Resumen de su Póliza de Seguro o por correo electrónico a xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx@rimac.com.pe. Le responderemos en un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la fecha de su recepción.

**7. Instancias externas habilitadas para presentación de reclamos y/o denuncias:**

**Defensoría del Asegurado:**

**Página web:** [www.defaseg.com.pe](http://www.defaseg.com.pe)

**Dirección:** Calle Amador Merino Reyna N° 307 Piso 9,  
San Isidro, Lima

**Telf.:** Lima:(01) 446-9158

**INDECOPI:**

**Página web:** [www.indecopi.gob.pe](http://www.indecopi.gob.pe)

**Dirección:** Sede Central Lima Sur: Calle de la Prosa 104, San Borja.  
Sede Lima Norte: Av. Carlos Izaguirre 988, Urb. Las Palmeras,  
Los Olivos

**Telf.:** Lima: (01) 224-7777 Provincias: 0800-4-4040

## **Superintendencia de Banca y Seguros (SBS):**

**Página web:** [www.sbs.gob.pe](http://www.sbs.gob.pe)

**Oficina Principal:** Av. Dos de Mayo N° 1475, San Isidro, Lima

**Plataformas de Atención:** Arequipa: Los Arces 302, Urb. Cayma.

Piura: Jr. Prócer Merino 101, Urb. Club Grau

Iquitos: Calle Putumayo N° 464

Huancayo: Pasaje Comercial N° 474, El Tambo

**Telf.:** (01) 630-9000 y 0800-10840

### **8. Cargas :**

**El presente producto presenta obligaciones a cargo del usuario cuyo incumplimiento podría afectar el pago de la indemnización o prestaciones a las que se tendría derecho.**

**Estas cargas y obligaciones se encuentran detalladas en el numeral 7 de las Condiciones Generales del Seguro Vehicular.**

**En caso de imponerse cláusulas de garantía que condicionen la cobertura del riesgo al Asegurado, es decir cargas adicionales y especiales, estas se encontrarán detalladas en la parte frontal de la póliza.**

## **B. INFORMACIÓN DE LA POLIZA DE SEGURO**

### **1. Principales Riesgos Cubiertos:**

Las siguientes coberturas forman parte de su Póliza de Seguro y se detallarán en las Condiciones Particulares, así como sus sumas aseguradas y sujeto a todos los términos y condiciones que forman parte de la presente Póliza:

Cobertura de Responsabilidad Civil del Asegurado frente a Terceros

Cobertura de Daño Propio

**El detalle de las coberturas se encuentra en el numeral N° 2 de las Condiciones Generales del Seguro de Vehicular Soles.**

**Asimismo, se deja constancia que las coberturas iniciarán luego de la inspección vehicular correspondiente y en tanto la póliza de seguro sea emitida.**

### **2. Principales Exclusiones:**

**Actos de naturaleza fraudulenta o dolosa, o acto intencional, o negligencia inexcusable del Asegurado o Contratante o Beneficiario o Endosatario, o de los familiares de cualquiera de ellos, o de cualquier persona que estuviera a cargo del, o conduciendo el, vehículo asegurado.**

**Guerra, conflictos armados, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones de guerra, sea que la guerra haya sido declarada o no; guerra civil, sublevación, insurgencia, insubordinación, rebelión, revolución, conspiración, insurrección, sedición, asonada, huelga, motín, conmoción civil, daño malicioso, sabotaje, vandalismo, alboroto popular, cierre patronal (lock-out), levantamiento popular, levantamiento militar, y, en general, hechos de carácter político social que alteren el orden público o constitucional; confiscación, requisa, expropiación, o nacionalización; destrucción de bienes por orden de cualquier autoridad; poder militar o usurpación del poder; o cualquier evento o causa que determine la proclamación de estado de sitio.**

**El detalle de las exclusiones se encuentra en el numeral 6 de las Condiciones Generales del Seguro Vehicular Soles.**

**3. Derecho de arrepentimiento del CONTRATANTE:**

Se encuentra detallado en el numeral 16 de las Condiciones Generales del Seguro Vehicular.

**4. Derecho del CONTRATANTE de resolver el contrato sin expresión de causa:**

Se encuentra detallado en el numeral 17 de las Condiciones Generales del Seguro Vehicular.

**5. Modificaciones Contractuales durante la vigencia del contrato:**

No se aplicará al presente producto.

**6. Procedimiento para la solicitud de cobertura del seguro:**

Se encuentra detallado en el numeral 4 de las Condiciones Generales del Seguro Vehicular.

**7. Agravación del Riesgo**

Se encuentra detallado en el numeral 19 de las Condiciones Generales del Seguro Vehicular.

**Dentro de la vigencia del contrato de seguro, el asegurado se encuentra obligado a informar a la empresa los hechos o las circunstancias que agraven el riesgo.**

**Datos del Asesor**

Código Agencia:	Agencia:	Código Asesor:
Asesor:	Supervisor:	

**Datos de la Aseguradora**

Razón Social: RIMAC SEGUROS Y REASRGUROS	RUC: 20100041953
Dirección: Las Begonias N° 475 Piso 3 - San Isidro, Lima	Teléfonos y Fax: 411-3000 / F:421-0555
Página web: www.rimac.com.pe	

**Datos del Contratante**

En caso de ser Persona Natural:

Nombre:	Tipo y N° de Documento:
Dirección:	Teléfono:
Correo electrónico:	

En caso de ser Persona Jurídica:

Razon Social:	RUC:
Nombre del Repräsentante:	Tipo y N° de Documento:
Dirección:	Teléfono:
Correo electrónico:	Partida Electrónica:

**Datos del Asegurado (llenar en caso el Asegurado sea persona distinta al Contratante)**

Razon Social:	R.U.C.		
Dirección:	Distrito:	Provincia:	Dpto.:
Referencia / Urbanización	Teléfonos y Anexos:		
Apellido Paterno:	Apellido Materno:		
Nombres:	<input type="checkbox"/> D.N.I.	<input type="checkbox"/> R.U.C.	Otro: N°
Fecha de Nacimiento: / /	Profesión :	Actividad:	
Nacionalidad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil:	<input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> CO
Domicilio:	Distrito:	Provincia:	Dpto.:
Referencia / Urbanización	Teléfonos y Anexos:		
Correo electrónico:	Situación Laboral: <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente	Cargo:	

Razón Social de la Empresa:

Dirección del Trabajo:	Distrito:	Provincia:	Dpto.:
Referencia / Urbanización:	Teléfonos y Anexos:		

Relacion con el Contratante:

**Beneficiarios (llenar en caso que el Beneficiario sea diferente al Contratante)**

Nombre / Razón Social	Tipo y N° de Documento	Dirección	% de Participación en el beneficio

En caso que los Beneficiarios sean menores de edad bastará con señalar el nombre y apellidos completos. En caso que el Asegurado no haya designado Beneficiarios, los Beneficiarios serán los Herederos Legales.

Si se designaron varios beneficiarios, sin indicación de porcentajes, se entiende que el beneficio es por partes iguales.

**Materia del Seguro**

**Bienes y Valores Declarados**

Valor Declarado

Fecha de Solicitud: / /

1		
2		

**Cobertura Basica Seguro Solicitada**

- |   |  |   |                                       |  |
|---|--|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Incendio y/o Rayo    | <input type="checkbox"/> Robo                  | <input type="checkbox"/> TREC                 | <input type="checkbox"/> Construcción | <input type="checkbox"/> Transportes   |
| <input type="checkbox"/> Incendio Todo Riesgo | <input type="checkbox"/> Deshonestidad         | <input type="checkbox"/> Rotura de Maquinaria | <input type="checkbox"/> Caución      | <input type="checkbox"/> Vehículos     |
| <input type="checkbox"/> Lucro Cesante        | <input type="checkbox"/> 3 D                   | <input type="checkbox"/> Equipo Electrónico   | <input type="checkbox"/> Cascos       | <input type="checkbox"/> SOAT          |
| <input type="checkbox"/> Domiciliario         | <input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil | <input type="checkbox"/> Montaje              | <input type="checkbox"/> Aviación     | <input type="checkbox"/> Otros seguros |

Especificar Otros seguros :

**Nota.-** Términos y condiciones según detalle.

**Coberturas Adicionales Solciitadas**


**Valores Declarados**

**BIENES ENDOSADOS A FAVOR DE TERCEROS**

Descripción del bien	Endosatario	Monto
1.-		
2.-		
3.-		
4.-		
5.-		

**Responsable de pago**

- Asegurado       Contratante      Indicar si desea factura       SI     NO

**Inspección**

Dirección:	Atenc. Sr.:	Telf.:

**Informació Adicional**

Con la suscripción del presente documento se confirma la exactitud y veracidad de las declaraciones expresadas en el mismo, indicando el Contratante que cualquier declaración inexacta y/o reticente donde medie dolo o culpa inexcusable, respecto de circunstancias conocidas por ellos y que hubiesen impedido el Contrato de Seguro o modificado sus condiciones si La Aseguradora hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, hará que se proceda al rechazo de la presente o a la nulidad del Contrato de Seguro, de ser el caso.

La Aseguradora comunicará al Contratante dentro de los plazo de quince (15) días calendario de presentada la presente Solicitud, si ésta ha sido rechazada, salvo que haya requerido información adicional dentro de dicho plazo. Por lo que, en caso La Aseguradora solicite información adicional, el Contratante se compromete a facilitar a La Aseguradora el acceso a la información complementaria que pudiera ser necesaria.

Por lo anterior, mientras La Aseguradora solicite información adicional la presente Póliza se mantendrá en suspenso hasta la fecha cierta de la entrega de dicha información. Por lo cual, presentada la información adicional por el Contratante y/o Asegurado, La Aseguradora comunicará al Contratante dentro de los plazos de quince (15) días calendario siguientes, si ésta ha sido rechazada, salvo que requiera de información adicional dentro de dicho plazo, pues la información anteriormente entregada no estuvo completa. Por lo que, el Contratante reconocen que la presente Solicitud de Seguro, es válida hasta por quince (15) días calendario a partir de la fecha establecida en el presente documento, incluso si se mantiene en suspenso por solicitud de información adicional.

La Aseguradora deberá entregar la Póliza de Seguro al Contratante dentro del plazo de quince (15) días calendario de haber solicitado el Seguro, si no media rechazo previo de la Solicitud. En caso se haya entregado la Póliza al Contratante, y el Asegurado sea una persona distinta, éste podrá solicitar copia de la Póliza a La Aseguradora, sin perjuicio del pago que corresponda efectuar por dicho servicio adicional.

La aceptación de la Solicitud del Seguro, evidenciada con la emisión de la Póliza de Seguro supone la conformidad de las declaraciones efectuadas en ella por el Contratante en los términos estipulados por La Aseguradora, en tanto el Contratante hubieran proporcionado información veraz.

La firma de la presente solicitud no implica la aceptación del seguro por parte de La Aseguradora, la aceptación de la Solicitud del Seguro se evidencia con la emisión de la Póliza de Seguro y supone la conformidad de las declaraciones efectuadas en ella por el Contratante en los términos estipulados por La Aseguradora, en tanto hubieran proporcionado información veraz.

**Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales**

De conformidad con lo establecido en la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, quien suscribe el presente documento, queda informado y da su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado, para el tratamiento y transferencia, nacional e internacional de sus datos personales al banco de datos de titularidad de RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS ("La Aseguradora"), que estará ubicado en sus oficinas a nivel nacional que, conjuntamente con cualquier otro dato que pudiera facilitarse a lo largo de la relación jurídica y aquellos obtenidos en fuentes accesibles al público, se tratarán con las finalidades de analizar las circunstancias al celebrar contratos con La Aseguradora, gestionar la contratación y evaluar la calidad del servicio. Asimismo, La Aseguradora utilizará los datos personales con fines comerciales, y publicitarios a fin de remitir información sobre productos y servicios que La Aseguradora considere de su interés.

Los datos proporcionados serán incorporados, con las mismas finalidades, a las bases de datos de RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS y/u otras empresas subsidiarias, filiales, asociadas, afiliadas o miembros del Grupo Económico al cual pertenece y/o terceros con los que éstas mantengan una relación contractual.

Los datos suministrados son esenciales para las finalidades indicadas. Las bases de datos donde ellos se almacenan cuentan con estrictas medidas de seguridad. En caso se decida no proporcionarlos, no será posible la prestación de servicios por parte La Aseguradora.

Conforme a Ley, el titular de la información está facultado a ejercitar los derechos de información, acceso, rectificación, supresión o cancelación y oposición que se detallan en la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, mediante comunicación dirigida RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS. ACEPTO  NO ACEPTO  **POLIZA**

**ELECTRONICA**

Otorgo mi consentimiento para que la presente Póliza de Seguro y las comunicaciones relacionadas a la misma, puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que he consignado en el presente documento, y declaro conocer y aceptar las siguientes consideraciones para el envío de Póliza Electrónica:

1. Cuando RIMAC se refiera a la Póliza de Seguro, esta comprende a los documentos que forman parte de la misma, así como a las comunicaciones que de ella se deriven y sus futuras renovaciones.
2. Es obligatorio que cuente con un navegador de internet (Internet Explorer 6 o superior, Chrome, Opera, Firefox) y cualquier software que permita abrir archivos PDF.
3. La integridad y autenticidad de la Póliza de Seguro se podrá acreditar a través de un certificado digital.
4. La entrega de la Póliza de Seguro se acreditará mediante una bitácora electrónica, la cual registrará y confirmará el envío y recepción del correo electrónico.
5. Ventajas: forma de envío inmediato, seguro, eficiente, reducción de papel, acreditación del momento de envío y confirmación de identidad del suscriptor de la Póliza de Seguro.
6. Riesgo: el uso indebido de mi clave de correo electrónico puede originar la pérdida de confidencialidad. Para evitar este riesgo, no deberé compartir mi clave, utilizaré niveles de complejidad en su creación que permitan garantizar su confidencialidad y cumpliré con las pautas de seguridad de mi proveedor de correo electrónico.
7. Instrucciones de uso:
  - i) En caso que no pueda abrir o leer los archivos adjuntos, o modifique / anule mi dirección de correo electrónico, deberé informar dichas situaciones a: [atencionalcliente@rimac.com.pe](mailto:atencionalcliente@rimac.com.pe), o comunicarlo a la Central Aló RIMAC 411-1111.
  - Abriré y leeré detenidamente las comunicaciones electrónicas, sus archivos y links adjuntos, revisaré constantemente mis bandejas de correo electrónico, inclusive las de entrada y de correos no deseados, verificaré la política de filtro o bloqueo de mi proveedor de correo electrónico a efectos que no tenga problemas con los envíos electrónicos, mantendré activa mi cuenta de correo y no bloquearé nunca al remitente [atencionalcliente@rimac.com.pe](mailto:atencionalcliente@rimac.com.pe)

Se comunicará por escrito al domicilio físico del contratante y/o asegurado, en caso la normatividad vigente lo exija o, no se consigne una dirección electrónica o, a decisión expresa de la Compañía en forma adicional a la comunicación electrónica

**Declaración jurada del Contratante**

Certifico que las respuestas y declaraciones contenidas en esta solicitud son verídicas y que se ajustan a la realidad y de no serlo, cualquier declaración reticente o inexacta con dolo o culpa inexcusable hecha por el Contratante, invalida esta solicitud y libera de toda responsabilidad y compromiso indemnizatorio a la ASEGURADORA quedando el seguro emitido en virtud de esta solicitud nulo y sin efecto.

Declaro que tengo conocimiento y acepto las Condiciones Generales, Particulares, Especiales y Cláusulas Adicionales relacionadas con la Póliza de Seguros de la ASEGURADORA.

CONTRATANTE Y/O ASEGURADO

RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS