

**SEGURO CONTRA DESHONESTIDAD FORMA COMPRENSIVA TIPO OCURRENCIA
CONDICIONES PARTICULARES****DATOS DE LA ASEGURADORA**

Aseguradora: Rimac Seguros y Reaseguros
RUC: 20100041953
Dirección: Las Begonias N° 475, Piso 3, San Isidro, Lima
Teléfono: 411-3000 / Fax: 421-0555
Página web: www.rimac.com

Póliza N°: _____ Código SBS: _____

Vigencia desde: ___/___/___ Hora: 12:00m. o según producto de seguro
Vigencia hasta: ___/___/___ Hora: 12:00m. o según producto de seguro

Esta póliza SI NO se renueva automáticamente.

Coasegurador: _____ Porcentaje de participación: _____
Dirección del Coasegurador: _____

DATOS DEL COMERCIALIZADOR/CORREDOR

Nombre: _____ Tipo y N° de Documento: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
Código del Corredor: _____

DATOS DEL CONTRATANTE

Razón Social: _____
RUC: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Correo Electrónico: _____
Partida Electrónica: _____

Nombre: _____ Tipo y N° de Documento: _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____
 Correo Electrónico: _____

BIEN ASEGURADO

COBERTURA Y SUMA ASEGURADA

Cobertura(s) Principal(es)	Suma(s) Asegurada(s)
	Sublímites Asegurados

DEDUCIBLES: (por todo y cada evento)

PRIMA

Prima	Monto xxx.
Prima Neta	
(=) Prima Comercial	
(=) Prima Comercial + IGV (18%)	

Corredor	Monto xxx
Comisión Corredor	
Comisión del Comercializador	

- El cálculo del monto que reciban los corredores de seguros / comercializadores / promotores de seguros se realizará sobre la prima neta Rimac.
- En caso que el Contratante y/o Asegurado decida no usar corredores de seguros / comercializadores / promotores de seguros, la Prima Comercial Total no sufrirá variación.
- Las bonificaciones, premios u otros beneficios que pudieran otorgarse al comercializador por la intermediación de la Póliza, serán determinadas en base a las condiciones comerciales pactadas.

Dólares, se aplicará el tipo de cambio de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP vigente del día en que se realice el pago.

CRONOGRAMA, LUGAR Y FORMA DE PAGO DE LA PRIMA

Se indica en el Convenio de Pago

TCEA (Tasa de Costo efectivo Anual) en caso de fraccionamiento de la Prima o que exista un cronograma de cuotas de la Prima, que incluya intereses:

INFORMACION ADICIONAL

En el caso de oferta de esta Póliza a través de Comercializadores:

- (i) La Aseguradora es responsable frente al Contratante y/o Asegurado de la cobertura contratada y de todos los errores u omisiones en que incurra el Comercializador; sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que le corresponden.
 - (ii) En el caso de Bancaseguros se aplicará lo previsto en el Reglamento de Transparencia de Información y Contratación con Usuarios del Sistema Financiero, aprobado por la Resolución SBS N° 8181-2012 y sus normas modificatorias.
 - (iii) Las comunicaciones cursadas por los Contratantes, Asegurados o Beneficiarios al Comercializador, sobre aspectos relacionados con el seguro contratado, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a La Aseguradora.
 - (iv) Los pagos efectuados por los Contratantes del Seguro, o terceros encargados del pago, al Comercializador, se considerarán abonados a La Aseguradora.
- Con la suscripción del presente documento se confirma la exactitud y veracidad de las declaraciones expresadas en el mismo, indicando el Contratante/Asegurado 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 a la nulidad del Contrato de Seguro.
 - El Contratante y/o Asegurado manifiesta su aceptación expresa para que las comunicaciones relacionadas a la presente Póliza puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que ha sido consignada en la Póliza de Seguro. Instrucciones de uso del correo electrónico:
 - i) En caso el Contratante y/o Asegurado no pueda abrir o leer los archivos adjuntos o modifique / anule su dirección de correo electrónico, deberá informar dichas situaciones a: atencionalcliente@rimac.com.pe, o comunicándose al 411-3000; y,
 - ii) Abrir y leer detenidamente las comunicaciones electrónicas, sus archivos y links adjuntos, revisar constantemente sus bandejas de correo electrónico, inclusive las bandejas de entrada y de correos no deseados, la política de filtro o bloqueo de su proveedor de correo electrónico y no bloquear nunca al remitente atencionalcliente@rimac.com.pe.
 - El Asegurado autoriza que toda comunicación relacionada con la presente Póliza, que deba serle entregada, sea dirigida al Contratante.

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.

ACEPTACIÓN DE LAS CONDICIONES PLANTEADAS

- La aceptación de la Solicitud del Seguro, evidenciada con la emisión de la presente Póliza de Seguro, supone la conformidad de las declaraciones efectuadas por el Contratante o Asegurado en los términos estipulados por La Aseguradora, en tanto el Contratante o Asegurado hubieran proporcionado información veraz.
- El Contratante/Asegurado suscribe las presentes Condiciones Particulares, en señal de haber tomado conocimiento acerca de ellas, y de haber recibido y aceptado los términos de la Póliza de Seguros.

Lugar y fecha de emisión: Lima ____ de _____ de _____

RODRIGO GONZALEZ Vicepresidente División Seguros Personales Rímac Seguros y Reaseguros

CONTRATANTE	ASEGURADO (En caso de ser una persona distinta del CONTRATANTE)