

**RESUMEN**  
**SEGURO CONTRA DESHONESTIDAD FORMA NOMINATIVA**  
**TIPO OCURRENCIA**

**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

• **Cajamarca:**

Jr. Belén Nro. 676-678,  
Telf. (076)-369635

• **Cusco:**

Calle Humberto Vidal Unda N° G-5  
Urbanización Magisterial, 2da. Etapa. Cusco  
Telf. (084)-229990 / (084)-227041

• **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

• **Iquitos:**

Calle Ramón Castilla N° 225  
Telf. (065)-242107

• **Piura:**

Calle Libertad Nro. 450.  
Telf. (073)-284900  
(01) 411-3000

**Central de Consultas y Reclamos:****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:****SEGURO CONTRA DESHONESTIDAD FORMA NOMINATIVA - TIPO OCURRENCIA****3. Lugar y Forma de Pago de la Prima:**

En las Oficinas de Rimac, en las Oficinas Bancarias autorizadas y/o comercializador autorizado según corresponda. Forma de pago según Cronograma de Pago adjunto / Hoja de liquidación.

**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.

Podrá encontrar información adicional sobre este punto en el Artículo N°9 Inciso B y Artículo N°12 de las Condiciones Generales de Contratación.

**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 reclamos a la aseguradora:**

Con la finalidad de expresar algún incumplimiento, irregularidad o deficiencia en la satisfacción de un interés particular, el asegurado podrá presentar su reclamo de manera gratuita como se detalla a continuación:

**Verbal:** Presencial o Vía Telefónica a través de las Plataformas de Atención en Lima y Provincias y nuestra Central de Consultas. (Punto1 de este resumen)

**Escrito:** Mediante carta dirigida a Rimac Seguros o a través de la página web (Libro de Reclamaciones) y correo electrónico. (Punto1 de este resumen)

Medios habilitados por La Aseguradora para dar respuesta al reclamo:

- Comunicación escrita
- Correo electrónico (consignar su correo electrónico personal al momento de registrar el reclamo).

**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:** Arias Araguez 146, San Antonio Miraflores, 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:** Los Laureles 214, San Isidro, Lima**Plataformas de Atención:** Lima: Jr. Junín N° 270, Lima 01.

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)428-0500 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 Artículo N°9 de las Condiciones Generales de Contratación.

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.

**9. Obligación de informar sobre agravación del riesgo asegurado:**

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

Podrá encontrar información adicional sobre este punto en el Artículo N°10 de las Condiciones Generales de Contratación.

**B. INFORMACIÓN DE LA POLIZA DE SEGURO****1. Principales Riesgos Cubiertos:**

Se detallan en las Condiciones Particulares de la Póliza, en los términos señalados en el Artículo N°1 de las Condiciones Generales del Seguro contra Deshonestidad Forma Nominativa Tipo Ocurrencia.

**2. Principales Exclusiones:**

Se detallan en el Artículo 4° de las Condiciones Generales del Seguro contra Deshonestidad Forma Nominativa Tipo Ocurrencia.

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

Se encuentra detallado el Artículo N°8 de las Condiciones Generales de Contratación.

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

El Derecho del CONTRATANTE de aceptar o no las Modificaciones de las Condiciones Contractuales propuestas por la Aseguradora durante la vigencia del contrato, se encuentra detallado en el Artículo N° 5 Inciso C de las Condiciones Generales de Contratación.

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

Se encuentra detallado en el Artículo N°12 de las Condiciones Generales de Contratación

Las condiciones de la presente póliza se encuentran sujetas a una revisión posterior por parte de la Superintendencia, por lo que, en caso se identifiquen cláusulas abusivas en el marco de la Ley del Contrato de Seguro y normas reglamentarias, y estas no sean subsanadas por la empresa, la Superintendencia podrá revocar el código de registro asignado lo que determinará la prohibición de su comercialización

**Datos del Asesor**

**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 Representante:        | 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°       |
| Edad:                        | Sexo:                           | Ejercicio:                      |                |
| Domicilio:                   | Distrito:                       | Provincia:                      | Dpto.:         |
| Referencia / Urbanización:   | Teléfonos y Anexos:             |                                 |                |
| Correo electrónico:          | Situación Laboral:              | Dependiente:                    | Independiente: |
| Dependencia:                 | Distrito:                       | Provincia:                      | Dpto.:         |
| 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.

Las condiciones de la presente póliza se encuentran sujetas a una revisión posterior por parte de la Superintendencia, por lo que, en caso se identifiquen cláusulas abusivas en el marco de la Ley del Contrato de Seguro y normas reglamentarias, y estas no sean subsanadas por la empresa, la Superintendencia podrá revocar el código de registro asignado lo que determinará la prohibición de su comercialización

**Materia del Seguro**

**Bienes y Valores Declarados**

|   | Valor Declarado |
|---|-----------------|
| 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"/> Dishonestidad         | <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 Solicitadas**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

**Valores Declarados**

**BIENES ENDOSADOS A FAVOR DE TERCEROS**

| Descripción del bien | Valor | Fecha |
|----------------------|-------|-------|
|                      |       |       |
|                      |       |       |
|                      |       |       |
|                      |       |       |
|                      |       |       |

**Responsable de pago**

- Asegurado       Contratante      Indicar si desea factura       SI       NO

**Inspección**

|            |             |        |
|------------|-------------|--------|
| Dirección: | Atenc. Sr.: | Telf.: |
|            |             |        |

**Información Adicional**

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 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 y/o Asegurado 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 plazo 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 y/o Asegurado 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 o el Certificado de Seguro al Contratante y/o Asegurado 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.

**Las condiciones de la presente póliza se encuentran sujetas a una revisión posterior por parte de la Superintendencia, por lo que, en caso se identifiquen cláusulas abusivas en el marco de la Ley del Contrato de Seguro y normas reglamentarias, y estas no sean subsanadas por la empresa, la Superintendencia podrá revocar el código de registro asignado lo que determinará la prohibición de su comercialización**

La aceptación de la Solicitud del Seguro, evidenciada con la emisión de la Póliza de Seguro o el Certificado de Seguro, supone la conformidad de las declaraciones efectuadas en ella por el Contratante o Asegurado en los términos estipulados por La Aseguradora, en tanto el Contratante o Asegurado 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 o el Certificado de Seguro y supone la conformidad de las declaraciones efectuadas en ella por el Contratante o Asegurado 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.

• Otorgo mi consentimiento para que las comunicaciones relacionadas a la presente póliza y otras pólizas que tenga contratadas con La Aseguradora, puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que ha sido consignada en el presente documento: SI NO

• En caso el Contratante y/o Asegurado no pueda abrir los archivos adjuntos o modifique su dirección de correo electrónico deberá informar dichas situaciones a la siguiente dirección de correo electrónico: [atencionalcliente@rimac.com.pe](mailto:atencionalcliente@rimac.com.pe), o comunicándose al 411-3000. Asimismo, se comprometo a mantener activa su cuenta de correo electrónico, abrir y leer detenidamente las comunicaciones electrónicas y sus archivos adjuntos, revisar sus bandejas de correo electrónico, inclusive las bandejas de entrada y de correos no deseados, así como revisar la política de filtro o bloqueo de su proveedor de servicio de correo electrónico, todo aquello con el objeto de utilizar este medio de comunicación electrónica de manera sencilla y eficiente, para los fines propuestos.

• El Asegurado autoriza que toda comunicación relacionada con la presente Póliza, que deba serle entregada, sea dirigida al Contratante.

• La Aseguradora, a través de su portal web, pone a disposición del Contratante y Asegurado la totalidad de las condiciones de esta Póliza. Por lo que el Contratante/Asegurado firma la presente Solicitud en señal de haber tomado conocimiento antes de la misma, de la totalidad de las condiciones de esta Póliza, a través del portal web de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's y del portal web de La Aseguradora, encontrándose conforme con dichas condiciones.

#### **Declaración jurada del Contratante y/o Asegurado**

Yo, el/la suscriptor/es, declaro que las informaciones contenidas en esta solicitud son verdaderas y que se ajustan a la realidad y, de no serlo, manifiesto que declaro ser responsable de la información suministrada, por tanto o manifiesto que renuncio a toda responsabilidad y hago cargo de las consecuencias que RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS, en virtud de esta solicitud emitido en virtud de esta solicitud nulo y sin efecto.

Declaro que tengo conocimiento y soy/a un/a Ciudadano/a Generalista, Particularista, Especialista y Ciudadano/a Abogado/a relacionado/a con la Póliza de Seguros de Vida, Accidentes y Reaseguros.

---

CONTRATANTE Y/O ASEGURADO

---

RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS

- 1 Incendio y/o Rayo
- 2 Incendio Todo Riesgo
- 3 Lucro Cesante
- 4 Domiciliario
- 5 Robo
- 6 Deshonestidad
- 7 3 D
- 8 Responsabilidad Civil
- 9 TREC
- 10 Rotura de Maquinaria
- 11 Equipo Electrónico
- 12 EAR
- 13 CAR
- 14 Caución
- 15 Cascos
- 16 Aviación
- 17 Transportes
- 18 Vehículos
- 19 SOAT