

# SEGURO DOMICILIARIO

## SOLICITUD DE SEGURO

## DATOS DE LA ASEGURADORA

Fecha de Solicitud:                    /                    /                    Solicitud N°: \_\_\_\_\_ Código SBS : RG 0505210291  
Aseguradora: **RIMAC Seguros y Reaseguros**                    RG 0505220292  
RUC: 20100041953  
Dirección: Las Begonias N° 475, Piso 3, San Isidro, Lima  
Teléfono: 411-3000 / Fax: 421-0555  
Página web: [www.rimac.com](http://www.rimac.com)

## DATOS DEL CONTRATANTE

## Persona Jurídica

Razón Social de la Empresa:		Giro de la Empresa:	
Documento de Identidad:      RUC N°: _____		Partida Electrónica:	
Dirección Domicilio: Cl. / Jr. / Psj. / Av. / Otros		N°:	Mz./Lote:
Dpto./Interior:	Urbanización:	Referencia:	
Distrito:	Provincia:	Departamento:	
Cod. De la Ciudad:	N° de Teléfono:	Celular:	

### Persona Natural o Representante Legal en caso el Contratante sea una Persona Jurídica

Apellido Paterno:		Apellido Materno:	
Nombres:		Fecha de Nacimiento:	Edad:
Estado Civil:	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D	Documento de Identidad:	<input type="checkbox"/> DNI         Otro: _____
N°:			
Dirección:			
Distrito:		Provincia:	Departamento:
Referencia:		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Nacionalidad:
Referencia/Urbanización:		Departamento:	
Cod. De la Ciudad:	N° de Teléfono:		Celular:
Correo Electrónico Personal:			
Correo Electrónico Laboral:			

## DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

¿El asegurado titular es el mismo que el contratante? ☐ Si ☐ No

Apellido Paterno:			Apellido Materno:		
Nombres:			Fecha de Nacimiento:		Edad:
Estado Civil:	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> D	Documento de Identidad:
			<input type="checkbox"/> DNI	Otro: _____	N°:
Dirección:					
Distrito:		Provincia:		Departamento:	
Referencia:			Sexo:	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
			Nacionalidad:		
Referencia/Urbanización:			Departamento:		
Cod. De la Ciudad:		N° de Teléfono:		Celular:	
Correo Electrónico Personal:					
Correo Electrónico Laboral:					

### DATOS DEL ASEGURADO ADICIONAL (esposa/hijos)

Apellido Paterno:		Apellido Materno:	
Nombres:		Fecha de Nacimiento:	Edad:
Estado Civil:	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D	Documento de Identidad:	<input type="checkbox"/> DNI         Otro: _____
Dirección:		N°:	
Referencia:		Sexo:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Correo Electrónico Personal:		Celular:	

DIRECCIÓN DEL RIESGO		
Dirección:		
Distrito:	Provincia:	Departamento:
Referencia/Urbanización:		
Datos del inmueble: Indicar		
1. Número de pisos:_____	2. Número de sótanos:_____	3. Años de construcción:_____
Tipo de Inmueble		
<input type="checkbox"/> 1. Casa	<input type="checkbox"/> 2. Edificio: N° de pisos _____ N° de sótanos _____	
Material de Construcción Predominante: > 90% del material utilizado en la construcción (marcar solo uno)		
<input type="checkbox"/> 1. Concreto	<input type="checkbox"/> 2. Ladrillo y cemento	<input type="checkbox"/> 3. Estructura de acero / Metálico
<input type="checkbox"/> 4. Adobe / Quincha	<input type="checkbox"/> 5. Madera	<input type="checkbox"/> 6. Otros: _____
Uso de inmueble		
<input type="checkbox"/> Casa habitación	Otro: _____	

**Importante:**  
Seguro aplicable solo inmuebles cuyo uso exclusivo sea de vivienda. El presente Seguro solo podrá ser contratado para brindar cobertura a inmuebles (viviendas) o su contenido, construidos a base de concreto armado, ladrillo y cemento. Solo si es que cumplen con dicha condición, este Seguro cubrirá, de acuerdo al Plan Contratado. En caso que este Seguro sea contratado para brindar cobertura a un inmueble o su contenido que no sea de uso exclusivamente para vivienda o que no haya sido construido con los materiales antes indicados, el presente contrato será nulo, por no cumplir con los requisitos de asegurabilidad.

VALORIZACIÓN DE LA EDIFICACIÓN	
Casas: Valor de Reconstrucción	Departamentos: <input type="checkbox"/> Valor de Reconstrucción <input type="checkbox"/> Valor Comercial

SUMAS ASEGURADAS (Valores deben estar en dólares americanos)	
1. Edificación (sin incluir terreno)	US\$. _____
2. Contenido general de la casa	US\$. _____
3. Contenido especial como joyería, platería, obras de arte.	US\$. _____
*Adjuntar declaración de Bienes. Descargar modelo de la página web en documentos del Seguro Domiciliario.	Total: US\$. _____

COBERTURAS (Marcar la opción a contratar)	
<input type="checkbox"/> Solo Edificación: Todo Riesgo	<input type="checkbox"/> Solo Contenido: Todo Riesgo + Robo
<input type="checkbox"/> Solo Contenido: Todo Riesgo	<input type="checkbox"/> Edificación + Contenido: Todo Riesgo + Robo
<input type="checkbox"/> Edificación + Contenido: Todo Riesgo	

\*Todo Riesgo incluye: Incendio, Daños por Agua/Humo, Explosión, Riesgos de la Naturaleza, Riesgos Políticos.

PLANES SEGURO DOMICILIARIO (Seleccionar uno)		
<input type="checkbox"/> Domiciliario Estándar	<input type="checkbox"/> Domiciliario Full	<input type="checkbox"/> Domiciliario Premier
<input type="checkbox"/> Domiciliario Edificación y/o Contenido		

Endoso a favor de terceros	
Endosatario_____	Monto US\$._____

FORMA DE PAGO (Marcar con una (x) la forma de pago elegida)	
1. Contado <input type="checkbox"/>	2. Débito automático hasta 12 cuotas* (con interés) <input type="checkbox"/>
3. Cupones hasta 10 cuotas * (con interés) <input type="checkbox"/>	4. Cuotas sin interés hasta 5 cuotas * <input type="checkbox"/>

\*Según cuota mínima del producto.

INSPECCIÓN DEL RIESGO (Solo para ser llenado por el Asesor de RIMAC)	
Requiere Inspección: <input type="checkbox"/>	No Requiere Inspección: <input type="checkbox"/>

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 del 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 anterior, mientras La Aseguradora solicite información adicional la presente solicitud 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 del 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.
- La Aseguradora deberá entregar la Póliza 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.
- 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 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 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 de 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.

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 compromete 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.

Lima \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_



LA COMPAÑÍA

CONTRATANTE

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