



Condiciones Particulares		POLIZA XX-XX-XXXXXX	
Producto	Póliza para Vehículos Pesados	Periodo	xxxxl
Vigencia	de las 12:00 hrs del DD/MM/YYYY a las 12:00 hrs del DD/MM/YYYY		
Prima Comercial	xxxxx.xx	Moneda	xxxxxx
Prima Comercial + IGV	xxx.xx		
Solicitud	xxxx	Fecha Emisión	xx/xx/xxxx
Sucursal	xxxxxxx		

El Contratante se servirá leer las Condiciones, examinar la Póliza y confirmar si ella contiene lo expuesto en la solicitud debiendo devolverla inmediatamente a la Compañía para su rectificación si comprobare que adolece de un error o defecto.

De conformidad con la solicitud de seguro presentada, la que forma parte integrante de la Póliza, la Compañía de Seguros QUÁLITAS Compañía de Seguros S.A. (en adelante llamada "La Compañía Aseguradora"), asegura de acuerdo con los términos y condiciones de la presente Póliza, a la persona o entidad mencionada a continuación (en adelante llamada "El Contratante"), contra los riesgos detallados y hasta las sumas consignadas en este instrumento.

El ámbito territorial para la presente póliza, todas sus coberturas y cláusulas, serán aplicables únicamente en el territorio peruano.

Interés Asegurable

El contratante deberá informar a la Compañía Aseguradora si los bienes que se aseguran se encuentran o no dados en garantía mobiliaria, o si están afectados por cualquier otra limitación de dominio o gravamen, que haga presumible que existe otro interés asegurable, además del que ha manifestado el contratante. Igual obligación registrará para las garantías mobiliarias u otras limitaciones que se constituyan durante la vigencia de esta póliza, las que deberán ser informadas dentro del plazo de 15 días siguientes a su constitución, salvo fuerza mayor.

Datos del Contratante			
RUC/DNI:	xxxxxxxxxx		
Nombre:	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx		
Dirección:	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx		
Datos de Beneficiarios			
RUC/DNI	xxxxxxxxxx		
Nombre	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx		
Datos de Intermediario			
RUC/DNI	xxxxxxxxxx	Comisión:	xxxx.xx
Nombre	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx		
Datos del Item Aseguraro N° 1			
Tipo Item	Vehículo		
Inicio Vigencia	xx/xx/xxxx 12:00:00	Termino Vigencia	xx/xx/xxxx 12:00:00
Placa:	Xxxxxx		
RUC/DNI Propietario:	Xxxxxxxx	Nombre:	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
Tipo Vehiculo:	Xxxxxxx	Marca:	xxxxxxxxxxxxxxxx
Modelo Generico:	Xxxxxxx	Modelo Especifico:	xxxxxxxxxxxxxxxx
Uso	Xxxxxxx	Año	Xxxx
Nro Puertas:	Xxxx	Nro. Ocupantes:	Xx
Color	Xxxxxx	Chassis	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
Nro. Motor:	xxxxxxxxxxx		



Condiciones Particulares		POLIZA XX-XX-XXXXXX	
Producto	Póliza para Vehículos Pesados	Periodo	xxxxl
Vigencia	de las 12:00 hrs del DD/MM/YYYY a las 12:00 hrs del DD/MM/YYYY		
Prima Comercial	xxxxx.xx	Moneda	xxxxxx
Prima Comercial + IGV	xxx.xx		
Solicitud	xxxx	Fecha Emisión	xx/xx/xxxx
Sucursal	xxxxxxxx		

Condiciones del Ítem N° 1			
Detalle de las Coberturas del Ítem N° 1			
Cobertura	Suma Asegurada Máxima	Deducible	Distribución de Prima Comercial
Daños Materiales	xxxxxxxx	Xxxx / (*)	xxxxxxxx
Robo o Hurto o Uso no Autorizado	xxxxxxxx	Xxxx / (*)	xxxxxxxx
Muerte e invalidez permanente (por ocupante)	xxxxxxxx	Xxxx / (*)	xxxxxxxx
Gastos de curación (por ocupante)	xxxxxxxx	Xxxx / (*)	xxxxxxxx
Responsabilidad civil frente a terceros	xxxxxxxx	Xxxx / (*)	xxxxxxxx
Robo o Hurto de Accesorios	xxxxxxxx	Xxxx / (*)	xxxxxxxx
Defensa Judicial	xxxxxxxx	Xxxx / (*)	xxxxxxxx
Asistencia	xxxxxxxx	Xxxx / (*)	xxxxxxxx
Responsabilidad Civil frente a ocupantes	xxxxxxxx	Xxxx / (*)	xxxxxxxx
Ausencia de control para personas jurídicas	xxxxxxxx	Xxxx / (*)	xxxxxxxx
Sepelio	xxxxxxxx	Xxxx / (*)	xxxxxxxx
Cirugía Estética	xxxxxxxx	Xxxx / (*)	xxxxxxxx
Condiciones de las Coberturas del Ítem N°1			
Daños Materiales			
<p>Reparaciones y traslados sin consulta según Artículo 8, Inciso 1, b) y c) El importe de la reparación no debe superar S/. xxx.xx y para traslados no debe superar S/. xxx.xx.</p> <p>Rotura de Lunas Nacionales: Sin deducible, siempre y cuando se encuentre el repuesto disponible en los proveedores nacionales de inmediato. En caso que fuera necesario encargar la fabricación de la luna nacional, y en aquellos casos en los que el vehículo cuenta con Lunas Originales, se aplicará el mismo deducible que corresponde para la cobertura de daños materiales.</p> <p>Para el caso de Volcadura, Desbarrancamiento y Pérdida Total por Daños Materiales: Deducible de xx% del monto indemnizable.</p>			
Robo, Hurto o Uso no autorizado			
Para el caso de Pérdida Total por Robo o Hurto: xx%			
Muerte e Invalidez Permanente (por ocupante)			
<p>Muerte: Monto total máximo de indemnización por ocupante según lo indicado en cuadro de coberturas hasta un máximo de XX ocupantes, cuando el riesgo asegurado son Camiones, Tractos, Van/Panel, Microbús, Ómnibus de Uso Escolar/Turismo/Transporte de Personal y Buses Urbanos y hasta un máximo de XX ocupantes (piloto, copiloto y XX terramozas) cuando el riesgo asegurado son Buses Interprovinciales.</p> <p>Invalidez Permanente: Monto total máximo de indemnización fijado en el anexo "Tabla para el Cálculo de la Indemnización por Invalidez Permanente" de las Condiciones Generales de la presente póliza, hasta un máximo de XX ocupantes cuando el riesgo asegurado son Camiones, Tractos, Van/Panel, Microbús, Ómnibus de Uso Escolar/Turismo/Transporte de Personal y Buses Urbanos y hasta un máximo de XX ocupantes (piloto, copiloto y XX terramozas) cuando el riesgo asegurado son Buses Interprovinciales.</p>			
ESTA COBERTURA NO APLICA CUANDO EL RIESGO ASEGURADO ES REMOLQUE, CARRETA O SEMI-			



Condiciones Particulares		POLIZA XX-XX-XXXXXX	
Producto	Póliza para Vehículos Pesados	Periodo	xxxxl
Vigencia	de las 12:00 hrs del DD/MM/YYYY a las 12:00 hrs del DD/MM/YYYY		
Prima Comercial	xxxxx.xx	Moneda	xxxxxx
Prima Comercial + IGV	xxx.xx		
Solicitud	xxxx	Fecha Emisión	xx/xx/xxxx
Sucursal	xxxxxxxx		

REMOLQUE O ACOPLADO.
Gastos de Curación (por ocupante)
La indemnización máxima por este concepto no podrá exceder el XX% de la suma asegurada fijada para la cobertura de muerte, por ocupante, según glosa correspondiente.
ESTA COBERTURA NO APLICA CUANDO EL RIESGO ASEGURADO ES REMOLQUE, CARRETA O SEMI-REMOLQUE O ACOPLADO.
Responsabilidad Civil frente a Terceros
El límite máximo, único, total y combinado para el daño emergente, lucro cesante y daño moral es según se encuentra indicado en el cuadro de coberturas.
Cláusulas Adicionales
<u>Cirugía Estética</u>
La Compañía pagará o reembolsará, hasta las siguientes sumas únicas y totales:
<ul style="list-style-type: none">- Cicatriz Simple xxxxxx- Cicatriz Compleja xxxxxx- Rinoplastia xxxxxx- Dermoabrasion xxxxxx- Rayos ultravioleta xxxxxx- Otros casos xxxxxx
Rigen las definiciones de la cláusula adicional.
Condiciones de la Póliza
Inicio De Cobertura
De conformidad con lo estipulado en el segundo párrafo del artículo 4° de la Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro, las partes acuerdan postergar el inicio de la cobertura del seguro al pago de la primera cuota fraccionada o de la cuota anual de la prima dentro del plazo establecido, según corresponda.
Las partes acuerdan igualmente, que se dará inicio a la cobertura del seguro, en caso ocurra un siniestro antes del plazo acordado para el pago de la primera cuota o de la cuota anual de la prima, según corresponda, oportunidad en la cual se devengará la prima debida de acuerdo al convenio de pago suscrito, la cual será descontada del importe de la indemnización correspondiente.
Modalidad de Aseguramiento Tradicional
Aplica lo estipulado en el Título Segundo, Artículo 4 de las Condiciones Generales.
Modalidad de Aseguramiento Valor Comercial
Aplica lo estipulado en el Título Segundo, Artículo 4 de las Condiciones Generales
Modalidad de Aseguramiento Valor Pactado (Convenido y/o Admitido)
Aplica lo estipulado en el Título Segundo, Artículo 4 de las Condiciones Generales
Exclusiones
Conforme a lo establecido en las Condiciones Generales
(*) Deducible Porcentual
(*) Por evento xx % del monto indemnizable, mínimo S/. xxxxxxxx
Deducible para Conductor menor de 25 años



Condiciones Particulares	POLIZA XX-XX-XXXXXX
--------------------------	---------------------

Producto	Póliza para Vehículos Pesados	Periodo	xxxxl
Vigencia	de las 12:00 hrs del DD/MM/YYYY a las 12:00 hrs del DD/MM/YYYY		
Prima Comercial	xxxxx.xx	Moneda	xxxxxx
Prima Comercial + IGV	xxx.xx		
Solicitud	xxxx	Fecha Emisión	xx/xx/xxxx
Sucursal	xxxxxxx		

Si al ocurrir un siniestro, el conductor es menor a 25 años, se aplicará el doble deducible, en relación a la cobertura respectiva.

Procedimiento en caso de Siniestro

Aplican los artículos 21 y 22 de las Condiciones Generales

Renovación Automática del Contrato de Seguro

Aplica el Artículo 43 de las Condiciones Generales

Restitución de la Suma Asegurada

Aplica según lo indicado en el Artículo 28 de las Condiciones Generales

Lugar de Pago

A través de ventanillas o mecanismos habilitados por los siguientes bancos:

- 1) Banco de Crédito
- 2) Banco Continental
- 3) Interbank
- 4) Scotiabank
- 5) Otros que la compañía publique

En caso que el seguro haya sido contratado a través de un comercializador los pagos también podrán efectuarse en las oficinas que este ponga a disposición de los clientes, y en esos casos los pagos efectuados a dicho comercializador se consideran abonados a la Compañía.

Forma de Pago

Forma de Pago: XXXXX (Convenio de Pago o Contado)

Medio de Pago: XXXXXX (Cupones / Contado / Cargo Automático Cuenta / Cargo Automático Tarjeta)

TCEA: XX.XX%

DNI/RUC Contratante: XXXXX

Nombre Contratante: XXXXXX

Nro Cuota	Vencimiento	Total a Pagar	Nro Cuota	Vencimiento	Total a Pagar
1	DD/MM/YYYY Y	XXX.XX	7	DD/MM/YYYY Y	XXX.XX
2	DD/MM/YYYY Y	XXX.XX	8	DD/MM/YYYY Y	XXX.XX
3	DD/MM/YYYY Y	XXX.XX	9	DD/MM/YYYY Y	XXX.XX
4	DD/MM/YYYY Y	XXX.XX	10	DD/MM/YYYY Y	XXX.XX
5	DD/MM/YYYY Y	XXX.XX	11	DD/MM/YYYY Y	XXX.XX
6	DD/MM/YYYY Y	XXX.XX	12	DD/MM/YYYY Y	XXX.XX

Datos de Facturación

Las facturas por el pago de la prima del seguro, serán emitidas a nombre de:



Condiciones Particulares	POLIZA XX-XX-XXXXXX
--------------------------	---------------------

Producto	Póliza para Vehículos Pesados	Periodo	xxxxl
Vigencia	de las 12:00 hrs del DD/MM/YYYY a las 12:00 hrs del DD/MM/YYYY		
Prima Comercial	xxxxx.xx	Moneda	xxxxxx
Prima Comercial + IGV	xxx.xx		
Solicitud	xxxx	Fecha Emisión	xx/xx/xxxx
Sucursal	xxxxxxx		

Nombre	xxxxxxxxxxxxxxxx
RUC	xxxxxxxx
Dirección	xxxxxxxxxxxxxxxx

Se hace presente que la compañía tiene la obligación de entregar la póliza de seguros al contratante dentro del plazo de 15 días calendario de haber solicitado el seguro, si no media el rechazo previo de la solicitud.

En caso el presente seguro haya sido contratado a través de un comercializador, las comunicaciones cursadas por los contratantes, asegurados o beneficiarios al comercializador, sobre aspectos relacionados al seguro contratado, tendrán los mismos efectos que si hubieran sido presentadas a la Compañía. La Compañía es responsable de los errores u omisiones en que incurra el comercializador. La compañía es responsable frente al contratante de la cobertura contratada.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO Y TRANSFERENCIA DE DATOS PERSONALES

A través del presente documento se deja constancia de la AUTORIZACIÓN expresa, libre, previa informada e inequívoca a favor de QUÁLITAS Compañía de Seguros S.A. al tratamiento de los datos personales que le proporcione para la contratación del seguro, así como la información que se derive de su uso y de cualquier información pública o que pudiera recoger de fuentes de acceso público. Esta autorización tiene como finalidad la creación de una base de datos que permita generar reportes estadísticos, envío de anuncios de interés comercial o sobre cambios en los productos, transferencia de información a terceros cuando sea necesaria su participación para brindar adecuadamente los servicios y obligaciones derivadas del seguro, envío de anuncios de publicidad de productos de QUÁLITAS Compañía de Seguros S.A., la adecuada identificación del Cliente como parte de las Políticas de Prevención del Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo así como para los demás fines detallados en las Clausulas Generales de Contratación cuyo texto declara conocer en su integridad.

Los datos personales serán tratados por QUÁLITAS Compañía de Seguros S.A. en su oficina principal ubicada en Calle Andrés Reyes N° 420, Oficina 601- A, San Isidro. El titular de los datos personales puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en la oficina principal de QUÁLITAS Compañía de Seguros S.A. en la dirección anteriormente indicada, mediante solicitud escrita acompañada de una copia del DNI, cumpliendo con los requisitos establecidos en la Ley de Protección de Datos Personales (Ley No. 29733) y su Reglamento (Decreto Supremo No. 003-2013-JUS).

FIRMA DEL REPRESENTANTE

FIRMA DEL CONTRATANTE