

LIMA, XX DE XXXXXX DE 20XX

XXXXXXXX XXXXX XXXXX

Agradecemos tu preferencia y te damos la más cordial bienvenida a la Familia Quálitas.

Para nosotros será un placer atenderte y brindarte toda la tranquilidad y confianza que necesitas a donde quiera que vayas, a través de un servicio cercano y de calidad.

Estamos muy orgullosos de ser la aseguradora de tu preferencia y nuestro compromiso contigo es total. Con nosotros, siéntete seguro y protegido, pues tu bienestar en todos los caminos que recorras, será nuestra prioridad.

Ten la seguridad de que constantemente buscaremos mejorar para ti y así seguir siendo tu mejor opción.

En nombre de todos los que formamos parte de Quálitas, agradecemos tu elección y confianza al asegurarte con nosotros.

Recuerda que a donde vayas, estaremos contigo, porque en Quálitas...

ASEGURAMOS AUTOS | CUIDAMOS PERSONAS

QUÁLITAS COMPAÑÍA DE SEGUROS
www.qualitasperu.com.pe

01464 TAS CORREDORES DE
SEGUROS S.A.C.
Corredor de Seguros



PÓLIZA DE SEGURO VEHICULAR

PÓLIZA
XXXXXXXXX

ENDOSO
000000

CERTIFICADO
0001

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

Domicilio:

Número:

Depto:

Prov.:

Distrito:

Documento identidad:

Teléfono:

Email:

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Estimado Asegurado con la finalidad de que conozca los alcances, exclusiones y restricciones con que cuenta el Seguro Vehicular que acaba de adquirir, Quálitas Compañía de Seguros, lo invita a que lea sus Condiciones Generales y Particulares mismas que se adjuntan a esta póliza o bien, puede usted ingresar a nuestra página Web:

<https://www.qualitasperu.com.pe/web/qpe/condicionados-generales>

Usted puede consultar el folleto que contiene los Derechos de los Asegurados, Contratantes y Beneficiarios en nuestra página de internet (www.qualitasperu.com.pe).

Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual (INDECOPI), E-mail: consultas@indecopi.gob.pe, teléfonos (51) 224-7777 y 0-800-4-4040 con domicilio en: Sede Central Lima Sur: Calle de la Prosa 104, San Borja y Sede Lima Norte: Av. Carlos Izaguirre 988, Urb. Las Palmeras, Los Olivos. www.indecopi.gob.pe

Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (SBS), con domicilio en: Los Laureles 214, San Isidro, Lima 27, Perú, Teléfono (511) 630-9000 y 0800-10840 (SBS) www.sbs.gob.pe

Defensoría del Asegurado, con domicilio en: Calle Amador Merino Reyna 307 - Piso 9, San Isidro, Lima Perú, teléfono 01 421-0614 E-mail: info@defaseg.com.pe

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.

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

Quálitas Compañía de Seguros, S.A. (en lo sucesivo La Compañía), asegura de acuerdo a las Condiciones Generales y Particulares de esta póliza, el vehículo contra pérdidas o daños causados por cualquiera de los riesgos que se enumeran y que el Asegurado haya contratado, en testimonio de lo cual, la compañía firma la presente.

Consulta el significado de las Abreviaturas en nuestra página Web: www.qualitasperu.com.pe

Conforme a lo establecido en la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales (la "Ley") y en el Decreto Supremo 003-2013/JUS - Reglamento de la Ley, doy mi consentimiento libre, previo, informado, expreso e inequívoco, para que Quálitas . Compañía de Seguros realice el tratamiento de los datos personales que proporcione de forma física y/o digital, con la finalidad de ejecutar cualquier relación contractual que mantengo y/o mantendré con la misma, así como para fines estadísticos y/o analíticos, y/o de comportamiento del cliente y/o para que evalúen la calidad del producto o servicio brindado. Declara conocer su derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento. Acepta para los fines señalados, que QUÁLITAS pueda realizar un tratamiento por encargo a terceros de sus Datos Personales, pudiendo transferirlos a nivel nacional y/o internacional sujetándose a las mismas obligaciones y medidas de seguridad, técnicas y legales.

OFICINA DE ATENCIÓN DE SERVICIO

Oficina:

Domicilio:

Departamento:

Provincia:

Teléfono:

Email:

Distrito:

Corredor:

Matricula SBS:

Teléfono:

Comisión: S/

PÓLIZA DE SEGURO VEHICULAR

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

XXXXX XXXXX XXXXX

Domicilio:

Número:

Depto:

Prov.:

Distrito:

Email:

Telefono:

DESCRIPCIÓN DEL VEHÍCULO ASEGURADO

XXXXXXXXXXXXX

Placa:

Año:

Color:

Chasis:

Motor:

No.Económico:

Vigencia

 Desde las XXXXXX del XX/XXX/XXXX
 Hasta las XXXXXX del XX/XXX/XXXX

Fecha Vencimiento del pago

 XX/XXX/XXXX
 Plazo de Pago:

Uso:

Movimiento:

COBERTURAS Y CLÁUSULAS

SUMA ASEGURADA

DEDUCIBLE

S/

PRIMAS

Daños Materiales	S/		Según Detalle
Ausencia de Control Danos Materiales	S/		Según Detalle
Robo Hurto o Uso no Autorizado	S/		Según Detalle
Responsabilidad Civil Frente a Terceros, Hasta	S/	Por Evento	Según Detalle
Ausencia de Control Resp.Civ. Frente Terceros	S/	Por Evento	Según Detalle
Accidentes Personales, Hasta	S/	Por Evento	
Defensa Judicial, Hasta	S/		
Responsabilidad Civil Frente a Ocupantes	S/		Según Detalle
Robo de Accesorios	S/		Según Detalle
Asistencia en Viaje y/o Auxilio Mecánico	S/		
Vehículo de Reemplazo			Según detalle
Chofer de Reemplazo			

En caso el asegurado brinde un uso distinto al declarado, se aplicará lo correspondiente según el condicionado general de vehículos

MONEDA

SOLES

Prima Comercial

 Fraccionamiento (TCEA)
 0.00%

0.00

IGV 18 %

Forma de Pago:

Exclusivo para reporte de Sinistros
(01) 622 - 2233
IMPORTE TOTAL.

El asegurado recibe las exclusiones de la póliza conforme a lo establecido en las condiciones generales aplicables (QJ/01 0619-VA) mismas que además puede consultar e imprimir en nuestra página www.qualitasperu.com.pe

 Tarifa aplicada: **19090001**

Póliza de seguro registrada en la Superintendencia de Banca y Seguro bajo el código RG1762100001

LIMA

09 DE AGOSTO DE 2022



 Rodolfo A. García Solórzano
 Gerente General
 Qualitas Compañía de Seguros S.A.

INFORMACIÓN IMPORTANTE

**CONSOLIDADO DE PRIMAS
FACTURACIÓN ANUAL**

Prima Neta *	S/
Gastos de Emisión	S/
Prima Comercial	S/
Fraccionamiento (TCEA) 0.00%	S/
Sub. Total	S/
I.G.V. 18 %	S/
Prima Total	S/

* Prima Neta: Prima Comercial sin Gastos de Emisión

El cálculo del monto que reciben los Corredores de Seguros, se realiza sobre la Prima Neta.

En caso de que el Contratante y/o Asegurado decida no usar Corredores de Seguros, la Prima Total no sufrirá variación.



Rodolfo A. García Solórzano
Gerente General
Quálitas Compañía de Seguros S.A.

**ENDOSO DE CESION DE DERECHOS INDEMNIZATORIOS A FAVOR DE BENEFICIARIO
PREFERENTE: EDPYME ACCESO CREDITICIO SA**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

XXXXX XXXXX XXXXX

Domicilio:

Número:

Depto:

Prov.:

Distrito:

Documento identidad:

Teléfono:

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

XXXXX XXXX XXXXX

Domicilio:

Número:

Depto:

Prov.:

Distrito:

Beneficiario Preferente:

Relación Beneficiario:

DESCRIPCIÓN DEL VEHÍCULO ASEGURADO

XXXXXXXX XXXXXXXX

Placa:

Año:

Color:

Chasis:

Motor:

No.Económico:

Valor vehículo: S/

Vigencia

Desde las XXXXXX del XX/XXX/XXXX

Hasta las XXXXXX del XX/XXX/XXXX

Fecha Vencimiento del pago

XX/XXX/XXXX

Plazo de Pago:

Uso:

Servicio:

Movimiento:

Se hace constar en la Póliza, que los derechos de indemnización que corresponden sobre ésta, por: (detalle de los bienes), quedan transferidos a favor de XXXXX XXXXXXXX XXXXXXXX en su calidad de Acreedores del Asegurado, hasta por el importe que alcance la referida acreencia en la fecha de pago de la indemnización, la misma que en ningún caso excederá de la suma asegurada correspondiente a dichos bienes, de acuerdo a las condiciones de la Póliza. Consecuentemente, ningún otro endoso de cesión de derechos sobre los bienes descritos precedentemente podrá ser emitido en forma posterior a este endoso, sin el consentimiento previo de XXXXX XXXXX XXXXXXXX

Es entendido y convenido que ninguna modificación en cualesquiera de las condiciones de la presente póliza, será introducida, en tanto no se haya cumplido con comunicarlo previamente a XXXX XXXXXXXX XXXXXXXX en cuanto afecte sus intereses. Una vez recibida dicha comunicación, XXXXX XXXXX XXXXXXXXXX tendrá 20 días calendario para manifestar su conformidad o no a dicha modificación y en caso de no pronunciarse en el plazo indicado, se tendrá por aceptada la modificación propuesta. Consecuentemente, se considerará como no inserta cualquier modificación que no cumpla con lo previsto en este párrafo.

Asimismo, si el Asegurado dejara de cumplir con el pago de la prima correspondiente a la Póliza de la cual forma parte este endoso, la COMPAÑÍA ASEGURADORA se obliga a enviar al Asegurado y/o Contratante y a XXXXXXX XXXXXXX XXXXXXXXXX, la comunicación a la cual se refiere el Art. 21 de la Ley N° 29946 - Ley del Contrato de Seguro y los Arts. 7° y 8° del Reglamento de Pago de Primas de Pólizas de Seguros, aprobado por Resolución SBS N° 3198-2013. La comunicación a XXXXXXX XXXXXXX XXXXXXXXXX SA., deberá entregarse como mínimo con 20 días calendario de anticipación a la fecha en que se suspenda la cobertura. La ENTIDAD FINANCIERA podrá evaluar hacerse cargo del pago de la prima. En caso transcurran 30 (treinta) días calendario contados desde el incumplimiento del pago, sin que la prima hubiera sido pagada, la cobertura de seguro quedará automáticamente suspendida, salvo que el asegurado haya cumplido con el pago pendiente, en cuyo caso la COMPAÑÍA ASEGURADORA deberá reportar a XXXXXXX XXXXXXXXXX dicha situación. La COMPAÑÍA ASEGURADORA no es responsable por los siniestros ocurridos durante el período en que la cobertura se mantuviera suspendida.

En caso la cobertura del seguro estuviera suspendida, la COMPAÑÍA ASEGURADORA podrá optar por resolver el contrato de seguro, en cuyo caso se obliga a enviar al Asegurado y/o Contratante y a XXXXXXX XXXXXXX XXXXXXXXXX, la comunicación a la cual se refiere el Art. 23 de la Ley N° 29946 - Ley del Contrato de Seguro y los Arts. 9° y 10° del Reglamento de Pago de Primas de Pólizas de Seguros, aprobado por Resolución SBS N° 3198-2013.

La póliza de la cual forma parte el presente endoso, quedará resuelta a los 30 (treinta) días calendario desde la fecha en que XXXXXXX XXXXXXX XXXXXXXXXX XX reciba la comunicación descrita en el párrafo anterior.

Se hace constar que, en caso que la prima se mantuviese impaga por 90 (noventa) días calendario contados desde la fecha de

cualquier incumplimiento de pago, la Póliza de Seguro y consecuentemente, el presente endoso quedara extinguidos. Para dicha extinción no será necesario que la COMPAÑÍA ASEGURADORA remita a XXXXXX XXXXXX XXXXXXXX XX ninguna comunicación adicional a la carta en donde le informó acerca de la posibilidad de suspensión de la cobertura.

Esta póliza no podrá resolverse, extinguirse, anularse o suspenderse por motivos distintos a la falta de pago, sin previo aviso a XXXXXX XXXXXX XXXXXXXXXXXX XX, 20 (veinte) días antes de tal hecho.

En caso de siniestro parcial, que cuente con cobertura bajo la póliza, de la cual forma parte el presente endoso, la COMPAÑÍA ASEGURADORA podrá compensar la prima pendiente de pago contra la indemnización debida al asegurado o a XXXXXX XXXXXX XXXXXXXXXXXX XX, conforme al Art. 18 de la Ley N° 29946 - Ley del Contrato de Seguro.

En caso de siniestro total que cuente con cobertura bajo la póliza de la cual forma parte el presente endoso, la prima se entiende totalmente devengada, debiendo imputarse al pago de la indemnización correspondiente, conforme al Art. 18 de la Ley N° 29946 - Ley del Contrato de Seguro. En caso la póliza de la cual forma parte el presente endoso, fuera de vigencia multianual, la prima que se devengará y se imputará al pago de la indemnización correspondiente será solo la que corresponda a la anualidad que se encontrará en curso al momento de presentarse el siniestro total.

Es igualmente convenido que, en caso de pérdida indemnizable amparada por esta Póliza y donde quiera aparezcan los intereses de XXXXXX XXXXXX XXXXXXXXXXXX XX corresponderá al Asegurado probar de manera fehaciente la preexistencia del bien asegurado.

Se deja constancia que, en caso de renovación de la póliza, el presente endoso se entenderá insertado automáticamente a favor de XXXXXX XXXXXX XXXXXXXX XX, aun cuando no existiera comunicación escrita que así lo exprese. A efectos de la renovación, la COMPAÑÍA ASEGURADORA se obliga a no variar las condiciones de la póliza original sin cumplir con lo dispuesto en el segundo párrafo del presente Endoso, salvo que la variación se refiera al importe de la prima de seguro, en cuyo caso no se requerirá ponerlo en conocimiento de XXXXXX XXXXXX XXXXXXXX XX. La COMPAÑÍA ASEGURADORA conviene específicamente que esta póliza no se invalidará por el hecho de que el Asegurado omita involuntariamente declarar cualquier circunstancia que deba considerarse de consecuencia para la estimación de la gravedad del riesgo, cuando dicha circunstancia haya estado probadamente fuera del control y conocimiento del Asegurado.

El presente endoso prevalecerá sobre cualquier otra condición establecida en la póliza.

COMUNICACIONES

Para efecto de las comunicaciones descritas en el presente Endoso de Cesión de Derechos Indemnizatorios, XXXXXX XXXXXX XXXXXXXXXXXX XX y la COMPAÑÍA ASEGURADORA convienen en pactar como mecanismo de comunicación válido entre ellas, el correo electrónico, y en tal sentido convienen en designar las direcciones de correo que se detallan a continuación:

La COMPAÑÍA ASEGURADORA designa a:

XXXXXX@qualitasperu.com.pe y XXXXXX@qualitasperu.com.pe

Asimismo, es convenido que los correos electrónicos de aviso indicarán claramente en la sección "Asunto" el motivo de la comunicación, sea el aviso de falta de pago, suspensión de cobertura o anulación de la póliza, según sea el caso. Asimismo, que el cuerpo del mensaje incluirá el detalle de la información que para tal efecto acuerden XXXXXX XXXXXX XXXXXXXXXXXX XX y la COMPAÑÍA ASEGURADORA.



Rodolfo A. García Solórzano
Gerente General
Quálitas Compañía de Seguros S.A.
09 DE AGOSTO DE 2022

Nombre y Firma
Contratante / Asegurado

AVISO DE SUSPENSIÓN

XX/XX/XXXX

Sr.

XXXXXX XXXXX XXXXXXXX XX

Presente. -

Estimado Cliente:

Nos es grato saludarle y a la vez agradecerle la confianza que mantiene con nosotros para proteger su patrimonio. Por este motivo y en debido resguardo de tu patrimonio te informamos para que no se vea afectado en caso de un eventual siniestro y de acuerdo a lo establecido en la Resolución S.B.S. N° 3198 -2013 - Reglamento de Pago de Primas de Pólizas de Seguro, le informamos que ante la falta de pago y en caso hayan transcurrido treinta (30) días desde la fecha de vencimiento del pago de la prima o cuota pactada, se procederá con la **suspensión de la cobertura** de su póliza vehicular N° **XXXXXXX**

Dicha suspensión se realizará ante la falta de pago en la fecha de vencimiento que se indica en el Convenio de Pagos, que se envía de manera conjunta con esta comunicación.

Asimismo, indicamos que de mantenerse impaga la prima, **Quálitas Compañía de Seguros S.A.** no estará obligada a cubrir los siniestros ocurridos mientras la cobertura se encuentre suspendida.

Para mayor información y/o consulta, puede comunicarse con nosotros a nuestra central (01) 230-3030 y/o al correo electrónico consultasyreclamos@qualitasperu.com.pe

Para atención de siniestros o reporte de asistencia, contamos con una línea exclusiva de call center: (01) 622-22-33.

Sin otro particular nos despedimos.

Atentamente,



Rodolfo A. García Solórzano
Gerente General
Quálitas Compañía de Seguros S.A.

FORMATO DE ACEPTACIÓN DE CONDICIONES DE LA PÓLIZA

XX/XX/XXXX

Sr.
XXXXX XXXXX XXXXXXXX XX

Presente. -

Estimado Cliente:

Nos es grato saludarle y a la vez agradecerle la confianza que mantiene con nosotros para proteger su patrimonio. Por este motivo le comunicamos que con la emisión de la póliza que es reflejo fiel de la Propuesta y/o Solicitud de Seguro Vehicular, usted otorga conformidad y acepta las condiciones de la misma, en los términos estipulados por QUÁLITAS COMPAÑÍA DE SEGUROS, las cuales se anexan al presente documento.

Para mayor información y/o consulta, puede comunicarse con nosotros a nuestra central (01)230-3030.

Para atención de siniestros o reporte de asistencia, contamos con una línea exclusiva de call center: (01) 622-22-33.

Sin otro particular nos despedimos.

Atentamente,



Rodolfo A. García Solórzano
Gerente General
Quálitas Compañía de Seguros S.A.

CONVENIO DE PAGO DE PRIMAS

Conste por el presente documento el convenio de pago de primas de seguro que celebran de una parte **QUALITAS COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**, con RUC N° 20553157014, con domicilio en la Av. Javier Prado Este N°3190-3194 Local 1B, distrito de San Borja, provincia y departamento de Lima, a quien en adelante se le denominará LA COMPAÑÍA; y de la otra parte, **XXXXX XXXXXX XXXXXXXXXXX XXXXXX** identificado con el DNI/RUC/CE N° **XXXXXXXXXX** con domicilio en **XXX XXXXXXXX XXXXXXXXXXX XXXXXXX XXXXXXX XXXX XXX XXXXXXX XXXX**, departamento de **LIMA** en la Provincia de **XXXX**, a quien en adelante se le denominará el **CONTRATANTE** y/o **ASEGURADO**; en los términos y condiciones de pago según detalle:

PRIMERO

El **CONTRATANTE** y/o **ASEGURADO** contrató con LA COMPAÑÍA, una Póliza de Seguro de Vehículos N° **XXXXXXXXXX**, con vigencia del **XX/XX/XXXX** al **XX/XX/XXXX** para cubrirse contra los riesgos señalados en las Condiciones Particulares de la mencionada póliza.

SEGUNDO

Es obligación del **CONTRATANTE** y/o **ASEGURADO** pagar la prima en la forma y plazos convenidos en este documento.

TERCERO

Por el presente las partes acuerdan que la forma de pago de la prima del seguro contratado se pagará de la siguiente manera:

AUTO Póliza N° **XXXXXXXX** Moneda: **SOLES**

Cronograma de Pago			
Orden	Fecha de Vencimiento	Número de Recibo	Importe a Pagar
01/01	XX/XX/XXXX	XXXXXXXX	XXXXX
Importe total a pagar:			XXXXX
Tasa de costo efectivo anual:			XXX %

CONVENIO DE PAGO DE PRIMAS

CUARTO

El pago de las cuotas, para que tenga validez, podrá ser efectuado únicamente en los siguientes lugares:

- | Nuestra oficina
- | Ventanillas y páginas web de los bancos BCP, BBVA, Scotiabank, e Interbank.

Asimismo, el contratante y/o asegurado podrá pagar con débito automático a las tarjetas de crédito Visa, Mastercard, Diners y American Express para lo cual el titular de la tarjeta de crédito deberá suscribir la respectiva autorización de afiliación.

Si durante la vigencia del seguro vehicular o al momento de la renovación de este, la tarjeta afiliada a vencido o ha sido anulada, el titular de dicha tarjeta asume la responsabilidad de informar a LA COMPAÑÍA.

QUINTO

- 5.1. La prima de seguro tiene por objeto garantizar el cumplimiento de las obligaciones con el CONTRATANTE y/o ASEGURADO derivadas de las coberturas contenidas en la Póliza, durante el plazo de vigencia de la misma, siempre y cuando sean pagadas en el tiempo y forma establecidas en el presente Convenio de Pago.
- 5.2. El CONTRATANTE y/o ASEGURADO, declaran conocer que en caso no cumplan con la obligación de pago de la prima al vencimiento del plazo convenido en el presente convenio, la cobertura del seguro se suspenderá automáticamente una vez transcurrido treinta (30) días calendarios desde la fecha de vencimiento de la obligación.

La suspensión de cobertura no es aplicable en los casos en el que el contratante ha pagado, proporcionalmente, una prima igual o mayor al periodo corrido del contrato.

Para dicho efecto, las partes acuerdan que será considerada cierta la comunicación escrita que realice LA COMPAÑÍA al CONTRATANTE y/o ASEGURADO por correo electrónico en donde comunique el incumplimiento del pago de la prima indicando la fecha del vencimiento de la prima y sus consecuencias, así como el plazo de que dispone para pagar antes de la suspensión de la cobertura del seguro. La cobertura de seguro quedará suspendida automáticamente a partir del día siguiente al vencimiento de dicho plazo. LA COMPAÑÍA no será responsable por los siniestros ocurridos durante la suspensión de la cobertura.

- 5.3. En caso la cobertura se encuentre en suspenso por el incumplimiento en el pago de prima, LA COMPAÑÍA podrá optar por resolver la póliza. Para tal efecto, comunicará al CONTRATANTE y/o ASEGURADO con treinta (30) días calendario de anticipación su decisión de resolver la póliza por falta de pago de prima.
- 5.4. Si LA COMPAÑÍA no reclama el pago de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo, se entiende que el contrato de seguro quedará extinguido en dicho plazo.

CONVENIO DE PAGO DE PRIMAS

SEXTO

El presente convenio de pagos forma parte integrante de la póliza de seguros, en caso de acuerdo entre las partes, se podrían modificar las primas, las cuales deberán generar un nuevo cronograma de pago con los nuevos montos y/o plazos.

SEPTIMO

Con la emisión de la póliza que es reflejo fiel de la Propuesta y Solicitud de Seguro Vehicular, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO otorga conformidad y acepta lo estipulado en el presente convenio, dejando constancia de haber accedido y leído la información publicada en nuestra página web: www.qualitasperu.com.pe.

En señal de conformidad, la COMPAÑÍA y el CONTRATANTE y/o ASEGURADO suscriben el presente documento, a los 09 días del mes de Agosto de 2022 .

Quálitas Compañía de Seguros

RUC: 20553157014



Rodolfo A. García Solórzano
Gerente General
Quálitas Compañía de Seguros S.A.