

Seguro de Vida Inversión Oro (antes Premium Life Max)

Condiciones Generales

Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros, en adelante la Compañía, emite a usted, en adelante el Contratante, la presente póliza sobre la vida del Asegurado, cuyo nombre figura en las Condiciones Particulares, basándose en las declaraciones efectuadas por el Contratante y/o el Asegurado de la póliza en la solicitud del seguro. Los términos, condiciones y cláusulas que regirán el presente Contrato de Seguro, son las siguientes:

PRIMERA: DEFINICIONES

Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de esta póliza de seguros:

- **Accidente:** Se entiende por accidente a todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiestan por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. **No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, dolores de espalda crónicos, trastornos mentales, desvanecimientos, y/o sonambulismo.**
- **Asegurado:** Es la persona cuya vida se asegura en virtud de la póliza.
- **Beneficio, Capital o Suma Asegurada:** Es el importe que figura en las Condiciones Particulares y que será pagado por la Compañía a los beneficiarios en caso de ocurrencia de un siniestro, bajo los términos de la póliza.
- **Beneficiario:** Es la persona (o las personas) designada(s) en la póliza por el Contratante como titular(es) del derecho al beneficio que en ella se establece. Su designación puede ser expresa y generalmente es de libre nombramiento, aunque debe existir siempre interés asegurable.
- **Cargo por Rescate:** Es la suma que se deduce del saldo de la Cuenta Individual perteneciente a la póliza, al momento de solicitar el rescate de ésta. El cargo por rescate figura en las Condiciones Particulares.
- **Cláusula Adicional:** Se refiere a la o las coberturas opcionales contratadas sobre el Asegurado y que son complementarias y forman parte del Contrato de Seguro.
- **Contratante:** Es la persona que suscribe la póliza con la Compañía y la obligada al pago de la prima. Generalmente el Contratante es el mismo Asegurado, cualquiera que sea la situación, se estipulará en las Condiciones Particulares.
- **Cuenta de Excedentes:** Es la cuenta donde se registran las primas de excedentes y los rendimientos de la misma.
- **Cuenta Individual:** Es la cuenta donde se registran las primas comerciales correspondientes a la cobertura principal y a las coberturas adicionales que hubiesen sido contratadas, los rendimientos de la cuenta individual y se deducen gastos fijos y variables, así como deducciones mensuales que establece la póliza.
- **Deducción Mensual:** Es el monto que se debita de la Cuenta Individual por concepto del costo de la cobertura otorgada, el costo de las coberturas adicionales –de ser el caso– y gastos de mantenimiento de la póliza.
- **Días:** Días calendario, salvo que la póliza establezca expresamente lo contrario.
- **Edad:** Es la edad actuarial del Asegurado definida en la Cláusula Décimo Tercera de las Condiciones Generales de la póliza titulada: “Edad”.
- **Endoso:** Es el documento mediante el cual se modifica, aclara o deja sin efecto parte del contenido de las Condiciones Generales o Particulares de la póliza. Los endosos surten efectos una vez que han sido suscritos y/o aprobados por la Compañía y el Contratante, según corresponda.
- **Exclusiones:** Se refiere a todas las condiciones no cubiertas bajo ninguna circunstancia por la póliza principal contratada o Cláusula Adicional y que se encuentran expresamente indicadas.

- **Fecha de Inicio del Seguro:** Es la fecha que aparece en las Condiciones Particulares como fecha de inicio de vigencia, a partir de la cual comienza a regir la cobertura del seguro, previo pago de la prima inicial.
- **Informe Médico Ampliatorio:** Es un formato de la Compañía que forma parte de los documentos exigidos para la evaluación de una solicitud de cobertura por fallecimiento. Este formato es entregado al beneficiario a fin de que sea debidamente completado por el médico que tuvo a su cargo la atención del accidente que ocasionó el deceso del Asegurado.
- **Interés Asegurable:** Es aquel que tiene el Asegurado y/o Contratante debido a la pérdida económica que ellos mismos y los beneficiarios del seguro sufrirían como consecuencia de la ocurrencia del siniestro.
- **Muerte Accidental:** Fallecimiento inmediato del Asegurado por causas que cumplen la condición de accidente definida en la presente póliza. Se entiende por fallecimiento inmediato a aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días de ocurrido el accidente.
- **Opción de Continuidad:** Es el beneficio que permite al Contratante adquirir un nuevo seguro, en el que se respetarán los términos y condiciones correspondientes al presente seguro, en caso se produzca la terminación anticipada de éste debido a que no es posible realizar la Deducción Mensual por insuficiencia de saldos en las cuentas de la póliza. Para estos efectos, el Contratante debe cumplir con los requisitos establecidos en la Cláusula Vigésima de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Opción para la Continuidad de las Condiciones del Seguro".
- **Póliza:** Es el documento emitido por la Compañía en el que consta el Contrato de Seguro. En él se establecen los términos y condiciones de las coberturas contratadas.
- **Prima Comercial:** Es el valor determinado por la Compañía, como contraprestación por las coberturas de seguro contratadas y por la constitución y administración de la Cuenta Individual.
- **Prima de Excedentes:** Es el monto adicional a la prima comercial, pagado voluntariamente por el Asegurado, con el fin de constituir, incrementar y administrar la Cuenta de Excedentes.
- **Rehabilitación:** Es la posibilidad que tiene el Contratante de levantar la suspensión de la cobertura del seguro que hubiere operado por la falta de pago oportuno de primas. La cobertura vuelve a tener efecto a partir de las cero (0:00) horas del día siguiente a aquel en que se cancela la obligación. La póliza podrá ser rehabilitada, a opción del Contratante y/o Asegurado, mientras que la Compañía no haya expresado por escrito su decisión de resolver la póliza.
- **Rescate:** Es la acción por la cual el Contratante resuelve y pone fin al contrato de seguro, solicitando el valor de rescate.
- **Tarifa Mensual del Seguro de Vida:** Es el monto utilizado por la Compañía para calcular la Deducción Mensual.
- **Valor de Rescate:** Es el valor que puede retirar el Contratante en caso no deseara continuar con la póliza, luego de un determinado período de vigencia de la misma. El valor de rescate se calcula de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula Vigésima Octava de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Resolución de la Póliza y Valor de Rescate". Se deja expresa constancia que en el Valor de Rescate incluye la devolución de primas no devengadas en caso de resolución unilateral.
- **Reserva Matemática:** Monto acumulado que tiene la finalidad de pagar las sumas aseguradas establecidas en la póliza y que se constituye en función a las primas pagadas por el Contratante.
- **Siniestro:** Es la materialización de todas y cada una de las condiciones que configuran el riesgo asegurado (cobertura) previsto en el presente contrato de seguro. Para que el siniestro se encuentre cubierto bajo la presente póliza, éste no deberá haberse configurado por alguno de los supuestos de exclusión establecidos en la póliza; asimismo, deberá cumplirse con las condiciones establecidas en el presente contrato de seguros.
- **Tasa interna de retorno (TIR):** Tasa que permite igualar el monto que se ha otorgado como componente de inversión con el valor actual del monto que efectivamente se recibe al vencimiento del plazo, calculada a un año de 360 días. La tasa interna de retorno puede ser garantizada o estimada, dependiendo si la Compañía otorga o no garantía sobre el rendimiento al vencimiento del plazo.

SEGUNDA: DE LOS DOCUMENTOS – DERECHO DE ARREPENTIMIENTO

La póliza es el único documento válido para fijar los derechos y obligaciones de las partes.

El Contratante podrá resolver el contrato sin expresión de causa empleando los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro, dentro de los

quince (15) días calendario siguientes de recibida la póliza o nota de cobertura provisional. Si el Contratante resuelve el contrato de seguros conforme a lo antes indicado, la Compañía devolverá la prima que hubiese sido recibida sin intereses dentro de los treinta (30) días siguientes de efectuada la solicitud de derecho de arrepentimiento. El ejercicio del derecho de arrepentimiento no está sujeto al pago de penalidades.

El Contratante deberá devolver el cargo de recepción de la póliza debidamente firmado en señal de conformidad, cuando corresponda. El incumplimiento de dicha obligación no significará la resolución del contrato ni la anulación de la póliza .

TERCERA: ESTRUCTURA DE LA PÓLIZA

Forman parte integrante de esta póliza, los siguientes documentos:

1. Los Endosos según su fecha, predominando los últimos sobre los primeros.
2. Las Cláusulas Adicionales.
3. Las Condiciones Particulares.
4. Las Condiciones Generales.
5. La Solicitud del Seguro, sus documentos accesorios o complementarios y los cuestionarios médicos cuando corresponda.

Los documentos antes indicados han sido enumerados de acuerdo a su jerarquía e importancia; de existir alguna contradicción entre ellos, se entenderá que los primeros prevalecen y modifican a los que les siguen en orden correlativo.

CUARTA: NORMAS PARA LA CONTRATACIÓN DE LA PÓLIZA

Las partes contratantes se someten a lo expresamente acordado en la presente póliza y a las disposiciones contenidas en la Ley del Contrato de Seguros, sus normas modificatorias, sustitutorias, ampliatorias y conexas, en cuanto resulte aplicable.

QUINTA: CONSENTIMIENTO DEL TERCERO

La Compañía requerirá consentimiento previo por escrito del Asegurado cuando el Contratante del seguro no sea la persona cuya vida se asegura. En este supuesto, el Asegurado podrá revocar su consentimiento en cualquier momento, para lo cual deberá cursar una comunicación escrita a la Compañía, adjuntando copia de su documento de identidad. Una vez notificada la revocación del consentimiento del Asegurado, el contrato de seguro quedará resuelto de pleno derecho.

SEXTA: BASES DEL CONTRATO – DECLARACIONES DEL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO

La póliza ha sido extendida por la Compañía sobre la base de las declaraciones efectuadas por el Contratante y/o el Asegurado en su solicitud, en sus documentos accesorios o complementarios y en los cuestionarios relativos a la salud y actividades del Asegurado.

Toda declaración inexacta o reticente, formulada por el Contratante y/o el Asegurado sobre circunstancias conocidas por éstos, que de haber sido conocidas por la Compañía hubieran impedido la celebración del contrato o modificado sus condiciones, determina la nulidad del presente contrato, si media dolo o culpa inexcusable. En dicho supuesto el Contratante, el Asegurado, y/o los Beneficiarios carecerán de todo derecho de indemnización bajo la póliza, quedando la Compañía liberada de toda responsabilidad, con excepción de lo indicado en el siguiente párrafo.

De determinarse la nulidad del contrato, la Compañía devolverá al Contratante las primas pagadas sin intereses, ni impuestos, menos los Gastos Variables sobre Prima que se detallan en las Condiciones Particulares por concepto de penalidad. La penalidad no deberá exceder del valor de las primas totales acordadas para el primer año de duración del contrato.

Se consideran dolosas a aquellas respuestas a preguntas formuladas en la solicitud de seguro o en sus documentos accesorios o complementarios que contengan declaraciones inexactas o reticentes sobre circunstancias conocidas por el Contratante y/o Asegurado.

Si la declaración inexacta o reticente, no obedece a dolo o culpa inexcusable del Contratante y/o del Asegurado, se aplicarán las siguientes reglas, según sea constatada antes o después de producido el siniestro:

(i) Si es constatada antes de que se produzca el siniestro, la Compañía presentará al Contratante una propuesta de revisión de la póliza dentro del plazo de treinta (30) días computado desde la referida constatación. La propuesta de revisión contendrá un reajuste de primas y/o de cobertura y deberá ser aceptada o rechazada por el Contratante en un plazo máximo de diez (10) días.

En caso sea aceptada la revisión de la póliza, el reajuste será aplicable a partir del primer día del mes siguiente de cobertura. En caso de rechazo o falta de pronunciamiento, la Compañía podrá resolver la póliza, mediante una comunicación dirigida al Contratante, dentro de los treinta (30) días siguientes al término del plazo de diez (10) días fijado en el párrafo precedente. Corresponden a la Compañía las primas devengadas a prorrata, hasta el momento en que se efectuó la resolución.

(ii) Si la constatación de la declaración inexacta o reticente es posterior a la producción de un siniestro que goza de cobertura según los términos de la póliza, la Compañía reducirá la indemnización debida en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que hubiese sido aplicable de haberse conocido el real estado del riesgo. De determinarse que el riesgo no es asegurable, no existirá suma asegurada y se procederá con la devolución total de la prima percibida.

SÉTIMA: INDISPUTABILIDAD

Esta póliza será indisputable una vez que haya transcurrido el plazo de dos años contado desde la fecha de inicio de vigencia indicada en las Condiciones Particulares, salvo en caso de dolo.

Lo dispuesto en la presente cláusula no será aplicable en caso que la inexactitud o falsedad verse sobre la edad del Asegurado. En estos supuestos se aplicará lo dispuesto en la solicitud de seguro o en la Cláusula Décimo Tercera de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Edad", respectivamente.

OCTAVA: FECHA DE INICIO DE VIGENCIA Y PLAZOS DE LA PÓLIZA

De conformidad con lo estipulado en el segundo párrafo del artículo N° 4 de la Ley N° 29946, Ley de 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.

Los años póliza son contados desde la fecha indicada en las Condiciones Particulares como Fecha de Inicio de Vigencia de la póliza.

La Fecha de Emisión, que figura en las Condiciones Particulares, es la fecha en la cual la Solicitud de Seguro es aprobada.

NOVENA: DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA – VIDA PRINCIPAL

En caso de fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de la póliza, sea en territorio nacional o internacional, la Compañía pagará a los beneficiarios el importe del beneficio contratado señalado en las Condiciones Particulares, en los términos y condiciones establecidos en la póliza y siempre que la causa del fallecimiento no se encuentre comprendida dentro de las exclusiones de la misma.

DÉCIMA: IMPORTE DEL BENEFICIO

El Contratante podrá elegir al inicio de la póliza entre las siguientes dos opciones de importe del beneficio por fallecimiento:

- Opción A – Suma Asegurada Creciente

El importe del beneficio será igual a la suma asegurada contratada señalada en las Condiciones Particulares más el saldo de la Cuenta Individual y más el saldo de la Cuenta de Excedentes al momento del siniestro.

- Opción B – Suma Asegurada Nivelada

El importe del beneficio será igual al valor más alto entre la suma asegurada contratada señalada en las Condiciones Particulares y el 110 % del saldo de la Cuenta Individual, más el saldo de la Cuenta de Excedentes al momento del siniestro.

La opción elegida por el Contratante figurará en las Condiciones Particulares. Asimismo, durante la vigencia de la póliza se permitirá cambiar entre opciones de beneficio por fallecimiento siempre y cuando el monto neto en riesgo resultante no sufra variación a la fecha de cambio.

DÉCIMO PRIMERA: MODIFICACIONES DE LA SUMA ASEGURADA

Transcurrido un (1) año de vigencia de la póliza, el Contratante puede solicitar, por escrito, aumentar la Suma Asegurada. Dicho incremento podrá ser por un monto igual o superior al “Capital Adicional Mínimo”, detallado en las Condiciones Particulares. En este caso, el Contratante y el Asegurado deberán suscribir una Declaración de Salud a fin de que sea evaluada por la Compañía. Si el aumento es aprobado, el costo del seguro será recalculado considerando la nueva categoría de riesgo asignada y tomando en cuenta lo indicado en la Cláusula Décimo Séptima de las Condiciones Generales de la póliza titulada: “Tarifa Mensual del Seguro de Vida”. El aumento tendrá vigencia a partir del día primero del mes siguiente a aquel en que la Compañía apruebe la solicitud y se suscriba el endoso correspondiente.

Transcurridos cinco (5) años de vigencia de la póliza, el Contratante puede solicitar, por escrito, disminuir la suma asegurada, siempre y cuando la nueva suma asegurada no sea menor que el “Capital Asegurado Mínimo Aceptado” que figura en las Condiciones Particulares. El cambio tendrá vigencia a partir del día primero del mes siguiente a aquel en que la Compañía apruebe la solicitud y se suscriba el endoso correspondiente, salvo que el Contratante hubiera pagado la prima por periodos semestrales o anuales adelantados, en cuyo caso el cambio tendrá vigencia a partir del día siguiente a la finalización del periodo respectivo.

Cualquier cambio en la suma asegurada sólo será permitido cuando hayan transcurrido por lo menos veinticuatro (24) meses desde la última solicitud de cambio aprobada. Todo cambio en la suma asegurada, implicará la correlativa modificación de todas las Cláusulas Adicionales cuyos límites de indemnización estén vinculados - directa o indirectamente - con la suma asegurada.

Una vez aprobada la modificación de la suma asegurada por parte de la Compañía, se ajustará el monto de las primas periódicas, a los efectos de cumplir con las coberturas contratadas. El ajuste del monto de las primas figurará en el respectivo endoso.

DÉCIMO SEGUNDA: TITULAR DE ESTA PÓLIZA

Todos los derechos, facultades, opciones y obligaciones conferidas bajo esta póliza y que no pertenecen a la Compañía, estarán reservados al Contratante, salvo que en las Condiciones Particulares se hubiera convenido lo contrario.

Si el Contratante falleciere o se extinguiere estando esta póliza en vigencia, se producirá la terminación del contrato, a menos que el Asegurado, si fuese persona distinta, se hiciere cargo de sus obligaciones mientras la póliza se encuentre vigente y, en tal caso, ejercerá también los derechos, facultades y opciones que esta póliza reconoce al Contratante, ocupando su lugar para todos los efectos del contrato. Para estos efectos, el Asegurado deberá comunicarse con la Compañía a fin de que le proporcione el formato de Cambio de Contratante y suscribir el endoso correspondiente.

DÉCIMO TERCERA: EDAD

Para todos los efectos del seguro se considerará que la edad es la edad actuarial del Asegurado, es decir, aquella que éste tuviera a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, salvo que a dicha fecha hayan transcurrido más de seis (6) meses desde su último cumpleaños, en cuyo caso se considerará el número entero inmediatamente superior. La edad alcanzada es la edad actuarial del Asegurado a la Fecha de Inicio de Vigencia de la póliza, más el número de años completos transcurridos desde la misma.

Al momento de contratación de la póliza, el Asegurado no deberá superar la "Edad Máxima de Ingreso" establecida en las Condiciones Particulares, teniendo la oportunidad de mantenerse como Asegurado hasta el aniversario de la póliza en el cual cumple los noventa y cinco (95) años de edad.

La Compañía podrá requerir al Contratante, al Asegurado y/o los Beneficiarios que acrediten la edad del Asegurado a través de un documento oficial antes de otorgar cualquier beneficio acordado por la póliza.

Si resultase que la edad declarada fuese mayor que la real, la Compañía procederá a restituir el exceso de la prima comercial percibida sin intereses, de corresponder.

Si resultase que la edad declarada fuese menor que la real, la prestación de la Compañía se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima comercial correspondiente a la edad real y la prima comercial pagada por el Contratante.

Sin embargo, si resultase que la edad declarada fuese menor que la real y el Asegurado era una persona no asegurable debido a que la edad real supera la Edad Máxima de Ingreso indicada en las Condiciones Particulares a la fecha de contratación de la póliza, el contrato será nulo y quedará sin efecto, debiendo la Compañía devolver al Contratante el valor de las primas pagadas sin intereses, ni impuestos.

DÉCIMO CUARTA: PRIMAS

La primera prima vence en la Fecha de Inicio de Vigencia de la póliza. Las siguientes primas deberán ser pagadas en el tiempo y forma establecidos en las Condiciones Particulares.

Existen dos tipos de primas:

- a. Prima comercial: es el valor determinado por la Compañía como el precio de las coberturas de seguro contratadas y por la constitución y administración de la Cuenta Individual. Esta prima es depositada en la Cuenta Individual. La prima comercial e impuestos si hubieren, constituyen la prima mínima por período mostrada en las Condiciones Particulares.
- b. Prima de excedentes: es el monto adicional a la prima comercial, cuyo pago es opcional y tiene por objeto constituir, incrementar y administrar la Cuenta de Excedentes. El pago de esta prima puede ser tanto regular (pagada al mismo tiempo que la prima comercial) como no regular (pago único o en días distintos al pago de la prima comercial). Las restricciones para la prima de excedentes se detallan en las Condiciones Particulares.

Las primas deberán ser pagadas sin necesidad de requerimiento previo de ninguna especie, de acuerdo a lo indicado por el Asegurado en la solicitud del seguro. La Compañía no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia que produzcan atraso en el pago de la prima, aunque éste se efectúe mediante un cargo o descuento convenido.

En los casos de pago de prima mediante un sistema de cargo automático, es responsabilidad del Asegurado verificar que los cargos de prima se realicen. La Compañía carecerá de toda responsabilidad si el cargo de las primas no puede realizarse dentro del plazo otorgado por insuficiencia de saldos o cualquier otro motivo no imputable a la Compañía.

Si el Contratante deseara modificar el procedimiento de pago de primas inicialmente establecido, deberá solicitarlo por escrito a la Compañía, la que se reservará el derecho de aceptar o no dicha solicitud.

Las primas comerciales, netas del factor de gestión e impuestos si existieren, se registran en la Cuenta Individual, conjuntamente con los rendimientos de la Cuenta Individual. De la Cuenta Individual se debitan los gastos variables, así como la Deducción Mensual que establece la póliza.

Las primas de excedentes, netas de impuestos si existieran, se registran en la Cuenta de Excedentes, conjuntamente con los rendimientos de la Cuenta de Excedentes. De la Cuenta de Excedentes se deducen los retiros parciales.

El detalle de estas acreditaciones y deducciones se especifica en las cláusulas correspondientes.

DÉCIMO QUINTA: DEDUCCIÓN MENSUAL DE LA CUENTA INDIVIDUAL

El día primero de cada mes calendario se calculará y realizará la Deducción Mensual de la Cuenta Individual, la que está conformada por:

- El costo mensual de la cobertura por fallecimiento prevista en las presentes Condiciones Generales.

Más

- El costo por el mes en curso de las Coberturas Adicionales que se hubieran incorporado a la póliza, de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares.

Más

- El cargo mensual operativo en la proporción de (1 – gastos variables sobre prima comercial). El máximo cargo mensual operativo figura en las Condiciones Particulares y los gastos variables sobre prima comercial figuran en la tabla B de las Condiciones Particulares.

DÉCIMO SEXTA: COSTO MENSUAL DE LA COBERTURA

El costo mensual de la cobertura depende de la opción de Importe del Beneficio elegida por el Contratante. Las características de cada una de dichas opciones figuran en la Cláusula Décima de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Importe del Beneficio".

El costo mensual de la cobertura para la Opción A y Opción B, respectivamente, se determina de acuerdo con el siguiente procedimiento:

- Opción A – Suma Asegurada Creciente

La suma asegurada contratada se divide entre mil (1000) y se multiplica por la correspondiente "Tarifa Mensual del Seguro de Vida"

- Opción B – Suma Asegurada Nivelada

Si la suma asegurada contratada es mayor que el 110% del saldo de la Cuenta Individual: La diferencia entre la suma asegurada y el saldo de la Cuenta Individual se divide entre mil (1000) y se multiplica por la correspondiente "Tarifa Mensual del Seguro de Vida"

Si la suma asegurada es menor que el 110% del saldo de la Cuenta Individual: El 10% del saldo de la Cuenta Individual se divide entre mil (1000) y se multiplica por la correspondiente "Tarifa Mensual del Seguro de Vida"

DÉCIMO SÉTIMA: TARIFA MENSUAL DEL SEGURO DE VIDA

La "Tarifa Mensual del Seguro de Vida" depende del género del Asegurado, la edad que alcanzó en su último aniversario de póliza y la última categoría de riesgo que le haya sido asignada. Esta tarifa mensual es calculada periódicamente por la Compañía de acuerdo con sus expectativas de mortalidad futura y no podrá exceder en ningún caso las "Tarifas Mensuales Máximas por Mil de Capital". Dichas tarifas máximas se basan en la tabla de mortalidad presentada a la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP para este plan.

Las "Tarifas Mensuales Máximas por Mil de Capital" de cada asegurado figuran en la Tabla A de sus respectivas Condiciones Particulares.

La Tabla A será reemplazada en cada oportunidad en la que se produzca una modificación en la categoría de riesgo del Asegurado, previo acuerdo escrito entre las partes. Para estos efectos, la Compañía enviará una propuesta al Contratante, quien tiene derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión en el plazo de treinta (30) días desde que la misma le es comunicada. La falta de aceptación de los términos de la propuesta no genera la resolución del contrato, en cuyo caso, se mantendrán vigentes los términos originales del mismo.

DÉCIMO OCTAVA: CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO DEL PAGO DE PRIMAS

A partir del inicio de vigencia de la póliza, la falta de pago de prima produce la reducción del seguro, entendiéndose ésta como una reducción del plazo contratado a fin de mantener vigente la suma asegurada originalmente pactada, conforme a lo establecido en el presente contrato de seguro. En consecuencia, en caso se incumpla con pagar la prima en el plazo y forma establecidos en las Condiciones Particulares, la póliza podrá mantenerse vigente por el tiempo que el saldo de la Cuenta Individual y, posteriormente, el saldo de la Cuenta de Excedentes permitan afrontar la Deducción Mensual, de acuerdo con lo establecido en los párrafos siguientes.

Si en el primer día de un mes se verificara que el importe de la Deducción Mensual correspondiente a dicho mes es superior al saldo de la Cuenta Individual disminuido en el Cargo por Rescate –que figura en la Tabla B de las Condiciones Particulares–, la Compañía transferirá desde la Cuenta de

Excedentes a la Cuenta Individual, el importe suficiente para poder efectuar la Deducción Mensual. Lo antes indicado no aplica en caso el saldo de los préstamos vigentes sea igual o superior al saldo de la Cuenta Individual neta del correspondiente cargo por rescate, en cuyo caso se aplicará lo establecido en la Clausula Vigésimo Séptima de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Préstamos".

Si aún con el saldo de la Cuenta de Excedentes no se pudiese hacer frente al importe de la Deducción Mensual, la Compañía comunicará al Contratante y/o Asegurado que, en caso no regularice el pago de las primas adeudadas, por un monto mínimo equivalente a la Deducción Mensual correspondiente, dentro de los treinta (30) días desde que no se pudo realizar la Deducción Mensual, la cobertura de seguro contratada quedará suspendida automáticamente a partir del día siguiente al vencimiento de dicho plazo. La Compañía no será responsable por lo siniestros ocurridos durante la suspensión de la cobertura. Si el fallecimiento ocurriese sin que se regularice el pago del monto adeudado y dentro del periodo previo a la suspensión de la cobertura antes indicada, se deducirá del beneficio correspondiente el monto de las Deducciones Mensuales adeudadas por el Contratante. Durante el plazo de suspensión, no se permitirá el pago sólo de primas de excedentes.

Durante los primeros tres (3) años de vigencia, si la póliza no tiene primas pendientes de pago, la verificación tendrá en cuenta el valor de la Cuenta Individual, sin la disminución del Cargo por Rescate. No obstante, si el Contratante no hubiera cumplido con el pago oportuno de sus primas, se aplicará lo establecido en el segundo párrafo de la presente cláusula.

En caso la cobertura se encuentre en suspenso, la Compañía podrá optar por resolver la póliza. Para tal efecto, comunicará por escrito al Contratante con treinta (30) días calendario de anticipación su decisión de resolver la póliza por falta de pago de prima.

En todo caso, si la Compañía no reclama el pago dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo en el cual se debió realizar la Deducción Mensual y no fue posible debido a la falta de saldo en las cuentas de la póliza, se entiende que el contrato queda extinguido. Se entiende por reclamo del pago, el inicio de un proceso judicial o arbitral de cobranza por parte de la Compañía.

El Contratante tendrá derecho a la rehabilitación de la póliza, en cualquier momento durante el periodo de suspensión de cobertura y antes de la ocurrencia del siniestro, debiendo cumplir para ello con lo establecido en la Cláusula Décimo Novena de las Condiciones Generales de la póliza titulada "Rehabilitación". En caso el contrato de seguro se extinguiese por falta de pago, el Contratante podrá ejercer la opción de continuidad, cumpliendo las condiciones establecidas en la Cláusula Vigésima de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Opción para la Continuidad de las Condiciones del Seguro".

Se deja expresa constancia que las comunicaciones referidas en la presente cláusula, deberán ser notificadas al domicilio contractual fijado por las partes para efectos del presente seguro. Asimismo, las partes pactan expresamente que las comunicaciones podrán ser notificadas al domicilio electrónico del Contratante, o personalmente y/o a través de una llamada telefónica, en tanto la Compañía mantenga una constancia de la realización o envío de las comunicaciones o de la grabación telefónica u otro medio que acredite la comunicación; salvo que la Ley del Contrato de Seguro establezca que la comunicación debe ser escrita.

DÉCIMO NOVENA: REHABILITACIÓN

El Contratante podrá solicitar a la Compañía la rehabilitación de la póliza, en caso la cobertura del seguro hubiere quedado suspendida por falta de pagos, siempre y cuando la Compañía no haya comunicado su decisión de resolver la póliza o el contrato de seguro no se hubiere extinguido de acuerdo a lo establecido

en la Cláusula Décimo Octava de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Consecuencias del Incumplimiento del Pago de Primas".

La rehabilitación de la póliza se aplica hacia el futuro y requiere que el Contratante pague previamente el total de las primas vencidas o un monto mínimo equivalente al total de las Deducciones Mensuales que no se hubiesen realizado a dicha fecha; lo que resulte más beneficioso para el Contratante. La cobertura vuelve a tener efectos a partir de las 00:00 horas del día siguiente a aquel en el cual se realiza el pago antes indicado (fecha de rehabilitación). La Compañía sólo responderá por los siniestros ocurridos a partir de la fecha de rehabilitación, de conformidad con los términos de la presente póliza.

VIGÉSIMA: OPCIÓN PARA LA CONTINUIDAD DE LAS CONDICIONES DEL SEGURO

Las partes acuerdan que, en caso se produzca la terminación anticipada del presente contrato de seguro (resolución o extinción) debido a que no es posible realizar la Deducción Mensual por insuficiencia de saldos en las cuentas de la póliza, el Contratante dispondrá de un plazo máximo y no renovable de tres (03) años para solicitar la emisión de un nuevo contrato, en el cual se respetarán los términos y condiciones correspondientes al presente seguro.

Para acceder a este beneficio, el Contratante deberá cumplir con lo siguiente:

- Suscribir el formato de opción de continuidad proporcionado por la Compañía.
- Ofrecer evidencias de asegurabilidad sobre el Asegurado que sean satisfactorias a juicio de la Compañía; siendo de cargo del Contratante los gastos que pudiera originar esta comprobación.
- Pagar un monto equivalente a la reserva matemática necesaria y suficiente para mantener la nueva póliza vigente por un período mínimo de seis (6) meses, con el rendimiento promedio del fondo de inversión elegido para la Cuenta Individual, a la fecha de aprobación de la opción de continuidad. Dicho monto será informado por la Compañía y, en caso la opción de continuidad sea aprobada conforme a lo indicado en la presente cláusula, se acreditará en las cuentas de la nueva póliza.

Se deja expresa constancia que la Compañía no otorgará cobertura durante el trámite de evaluación correspondiente a la opción de continuidad, por lo que de producirse un siniestro antes del inicio de vigencia del nuevo contrato o del rechazo de la solicitud, éste no gozará de cobertura.

Asimismo, se deja expresa constancia que los plazos establecidos para la aplicación de la exclusión por suicidio y para la indisputabilidad del seguro, empezarán a regir nuevamente desde el inicio de vigencia del nuevo contrato de seguro.

Igualmente, queda expresamente convenido que el Contratante no podrá acceder a este beneficio cuando la póliza haya sido liquidada por su valor de rescate total.

En caso no proceda la emisión del nuevo contrato por haberse determinado que el Asegurado no cumple con las condiciones de asegurabilidad requeridas por la Compañía, la Compañía reembolsará al Contratante el monto que éste hubiere desembolsado con motivo de la emisión del nuevo contrato seguro.

Queda expresamente convenido que en cualquier momento durante la evaluación de la solicitud para acceder a la opción de continuidad y hasta antes de comunicada la aprobación de dicho trámite, el Contratante podrá desistirse de la solicitud remitiendo a la Compañía una carta simple adjuntando copia de su documento de identidad o copia del RUC y DNI del representante tratándose de personas jurídicas. La Compañía procederá con la devolución del monto total que el Contratante hubiere desembolsado a favor de la Compañía a efectos de acceder a la opción de continuidad en un plazo no mayor a treinta (30) días de recibida la notificación del desistimiento.

VIGÉSIMA PRIMERA: FONDOS DE INVERSIÓN

Dependiendo de la moneda contratada, el Contratante podrá elegir un fondo de inversión para la Cuenta Individual y uno para la Cuenta de Excedentes entre las siguientes categorías de fondos de inversión, las cuales cuentan con distintos niveles de riesgo según el siguiente detalle:

- **Fondos Garantizados**

Estos fondos de inversión son aplicables única y exclusivamente a la Cuenta Individual y presentan una Tasa Interna de Retorno **garantizada**. El objetivo de estos fondos es garantizar un retorno fijo de la inversión realizada por el Contratante.

- **Fondos Controlados**

Estos fondos, en su mayoría, invierten en instrumentos de renta fija de emisores de alta calidad crediticia en países desarrollados y de mercados emergentes. No obstante, estos fondos también podrán invertir en instrumentos de renta variable, instrumentos derivados u otros instrumentos de inversión permitidos por la legislación vigente. Los instrumentos de renta variable no representarán un porcentaje mayor a 20% del valor total del fondo, respectivamente. El objetivo de estos fondos es el crecimiento estable de la inversión del Contratante con baja volatilidad.

- **Fondos Balanceados**

Estos fondos, en su mayoría, invierten en instrumentos de renta variable y de renta fija en países desarrollados y de mercados emergentes. No obstante, estos fondos también podrán invertir en instrumentos de corto plazo, instrumentos derivados u otros instrumentos de inversión permitidos por la legislación vigente. Los instrumentos de renta variable no representarán un porcentaje mayor a 60% del valor total del fondo, respectivamente. El objetivo de estos fondos es el crecimiento moderado de la inversión del Contratante con volatilidad media.

- **Fondos de Capitalización**

Estos fondos, en su mayoría, invierten en instrumentos de renta variable altamente líquidos (acciones, índices, ETFs de commodities, monedas, fondos mutuos, etc.) en países desarrollados y en mercados emergentes. No obstante, estos fondos también podrán invertir en instrumentos de renta fija, así como en instrumentos de corto plazo, instrumentos derivados u otros instrumentos de inversión permitidos por la legislación vigente. Los instrumentos de renta variable podrán representar hasta 100% del valor total del fondo, respectivamente. El objetivo de estos fondos es el alto crecimiento de la inversión del Contratante con elevada volatilidad.

Los fondos de inversión correspondientes a cada categoría se encuentran en la sección “Seguros de Vida + Inversión” de la página web de la Compañía (enlace: <http://www.pacifico.com.pe/seguros/vida#inversion>). Los fondos de inversión elegidos por el Contratante respecto de la Cuenta Individual y de la Cuenta de Excedentes figuran en las Condiciones Particulares. Asimismo, el Contratante podrá solicitar el cambio del fondo de inversión de la Cuenta Individual y/o de la Cuenta de Excedentes, sujeto a un cargo, durante la vigencia de la póliza; siempre que dicho cambio se realice entre fondos en la misma moneda. El cargo por cambio de fondo, así como el número máximo de cambios de fondo en un año póliza se muestran en las Condiciones Particulares.

Las tasas de rendimiento de los fondos de inversión distintos a los Fondos Garantizados pueden variar en el tiempo en función a la rentabilidad de los activos que los componen, no ofreciéndose garantía alguna de rendimiento ni de capital. Consecuentemente el rendimiento acreditado en las cuentas podrá ser positivo o negativo, dependiendo del resultado de las inversiones.

En caso de los Fondos Controlados, Balanceados y de Capitalización, el fondo correspondiente se valorizará a precios de mercado, diariamente, calculando las rentabilidades intra-período bajo el criterio de

ponderación por tiempo. La Compañía llevará un registro independiente del movimiento de estos fondos. Los activos serán transados únicamente en mercados regulados por las autoridades correspondientes. La composición y movimiento de los fondos serán informados periódicamente a la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP. Asimismo, el Contratante recibirá un informe periódico de las tenencias y resultados del período.

En caso la Compañía decida cerrar y/o eliminar determinado fondo de inversión, se informará de este hecho al Contratante con un plazo de anticipación no menor a treinta (30) días, a efectos que el Contratante elija a qué fondo de inversión se transferirán los saldos de las cuentas involucradas. Si el Contratante no comunicara a la Compañía dentro del plazo antes indicado la elección de un nuevo fondo para las cuentas involucradas, la Compañía transferirá los saldos de las cuentas de la póliza de conformidad con el siguiente orden:

a) Para la Cuenta Individual: Se transferirán los saldos al fondo de inversión de fecha de creación más reciente en la misma categoría de fondos y en la misma moneda a la que pertenecía el fondo de inversión cerrado o eliminado. En caso no exista otro fondo de inversión vigente en la misma categoría y en la misma moneda, se transferirán los fondos al fondo de inversión de fecha de creación más reciente en la misma moneda pero en la categoría de fondos con un nivel de riesgo inmediatamente menor a la categoría de fondos a la que pertenece el fondo cerrado o eliminado.

b) Para la Cuenta de Excedentes: Se transferirán los saldos al fondo de inversión de fecha de creación más reciente en la misma categoría de fondos y en la misma moneda a la que pertenecía el fondo de inversión cerrado o eliminado. En caso no exista otro fondo de inversión vigente en la misma categoría y en la misma moneda, se transferirán los fondos al fondo de inversión de fecha de creación más reciente en la misma moneda pero en la categoría de fondos con un nivel de riesgo inmediatamente menor a la categoría de fondos a la que pertenece el fondo cerrado o eliminado.

VIGÉSIMO SEGUNDA: RENDIMIENTOS DE LAS CUENTAS

Según se indique en las Condiciones Particulares, los rendimientos se calcularán y acreditarán de la siguiente forma:

a) En forma diaria: Para calcular los rendimientos a acreditarse al final de cada día, se utilizará el rendimiento neto obtenido por el fondo de inversión de cada cuenta, en el día.

b) En forma mensual: Para calcular los rendimientos a acreditarse el último día de cada mes, se utilizará el rendimiento neto obtenido por el fondo de inversión de cada cuenta durante todo el mes.

Para una cuenta con un fondo de inversión al que le aplica una tasa interna de retorno garantizada, la tasa de rendimiento neto diaria o neto mensual será igual a la tasa diaria o mensual equivalente a la Tasa Interna de Retorno Anual Garantizada. La Tasa Interna de Retorno Anual Garantizada se especifica en las Condiciones Particulares de la póliza.

Para una cuenta con un fondo de inversión al que le aplica una tasa interna de retorno estimada, se entiende por rendimiento neto a aquel que la Compañía calcula en función al rendimiento de los activos que componen cada fondo de inversión que haya elegido el Contratante, luego de deducir la comisión de administración de la Compañía.

Se deja expresa constancia que un mismo fondo de inversión podría tener una tasa interna de retorno garantizada y una tasa interna de retorno estimada de manera simultánea, aplicándose en dicho caso como mínimo la tasa interna de retorno garantizada.

• Rendimientos de la Cuenta Individual

Los rendimientos de la Cuenta Individual se calcularán con la tasa diaria o mensual mencionada en el primer párrafo y teniendo como base de aplicación el saldo de la Cuenta Individual al final del día o mes anterior a la acreditación, según corresponda.

• **Rendimientos de la Cuenta de Excedentes**

Los rendimientos de la Cuenta de Excedentes se calcularán con la tasa diaria o mensual mencionada en el primer párrafo y teniendo como base de aplicación el saldo de la Cuenta de Excedentes al final del día o mes anterior a la acreditación.

VIGÉSIMO TERCERA: CONSTITUCIÓN DE LA CUENTA INDIVIDUAL

El saldo de la Cuenta Individual a la fecha de inicio de vigencia de la presente póliza será igual a cero.

El saldo de la Cuenta Individual al final de cualquier día, estando vigente la póliza, será igual a:

- El saldo de la Cuenta Individual al final del día anterior, según el periodo de acreditación.

más

- Toda prima comercial pagada durante el día, neta del factor de gestión e impuestos, si existieran. El factor de gestión corresponde a un margen de seguridad para compensar desviaciones en la siniestralidad o gastos del seguro cuyo valor figura en acápite 9 de las Condiciones Particulares.

menos

- Los gastos variables correspondientes a la prima comercial pagada durante el día. Estos gastos son un porcentaje de la prima comercial y figuran en la tabla B de las Condiciones Particulares.

menos

- La Deducción Mensual de la Cuenta Individual realizada en el día, si fuera el primer día del mes, o cero en caso contrario.

más

- Los rendimientos de la Cuenta Individual devengados durante el día cuando la acreditación del rendimiento es diaria; si fuera acreditación mensual corresponde los rendimientos devengados durante el mes completo sólo en el último día del mes o cero en caso contrario, de acuerdo a lo establecido en la Cláusula Vigésimo Segunda de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Rendimientos de las Cuentas".

VIGÉSIMO CUARTA: CONSTITUCIÓN DE LA CUENTA DE EXCEDENTES

El saldo de la Cuenta de Excedentes a la fecha de inicio de vigencia de la presente póliza será igual a cero.

El saldo de la Cuenta de Excedentes al final de cualquier día, estando vigente la póliza, será igual a:

- El saldo de la Cuenta de Excedentes al final del día anterior, según el periodo de acreditación.

más

- Toda prima de excedentes pagada durante el día, neta de impuestos, si existieran.

menos

- Los retiros parciales de la Cuenta de Excedentes realizados durante el día y el cargo por retiro parcial de la Cuenta de Excedentes que figura en las Condiciones Particulares si el retiro parcial se realiza durante el

periodo indicado en las Condiciones Particulares. Transcurrido dicho período, no se aplicará cargo alguno sobre la Cuenta de Excedentes con motivo de los retiros parciales.

más

- Los rendimientos de la Cuenta de Excedentes devengados durante el día cuando la acreditación del rendimiento es diaria; si fuera acreditación mensual corresponde los rendimientos devengados durante el mes completo sólo en el último día del mes o cero en caso contrario, de acuerdo a lo establecido en la Cláusula Vigésimo Segunda de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Rendimientos de las Cuentas".

VIGÉSIMO QUINTA: RETIROS PARCIALES DE LA CUENTA DE EXCEDENTES

En cualquier momento, el Contratante podrá solicitar, por escrito, fracciones en efectivo del saldo de su Cuenta de Excedentes. **Si el retiro es solicitado dentro del periodo indicado en el acápite 8 de las Condiciones Particulares, el monto será disminuido en el "Cargo por Retiro Parcial" especificado en dicho acápite.** Transcurrido dicho período, no se aplicará cargo alguno a los retiros parciales. En ningún caso el importe del retiro parcial podrá superar el saldo de la Cuenta de Excedentes, ni tener un valor no comprendido entre los montos mínimo y máximo definidos en las Condiciones Particulares.

La Compañía se reserva el derecho de limitar la cantidad de retiros que pueden solicitarse durante cada año póliza. Tal limitación figura en las Condiciones Particulares.

Cada retiro parcial produce una disminución equivalente en el saldo de la Cuenta de Excedentes y, por lo tanto, ocasiona una variación en el beneficio por fallecimiento, de acuerdo con lo establecido en la Cláusula Décima de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Importe del Beneficio".

VIGÉSIMO SEXTA: INFORMACIÓN AL CONTRATANTE

La Compañía pondrá a disposición del Contratante con una frecuencia mensual un estado de las cuentas individual y de excedentes a través de la página web de la Compañía u otro medio digital que oportunamente se comunique para tales efectos. Dicho estado de cuenta incluirá como mínimo la información requerida por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's mediante normas de carácter general que regulen los seguros de vida con componente de ahorro y/o inversión.

VIGÉSIMO SÉTIMA: PRÉSTAMOS

Una vez pagadas las primas correspondientes a los dos (2) primeros años de vigencia de la póliza, el Contratante puede obtener préstamos en efectivo hasta el límite del valor de rescate que corresponda a la fecha de la solicitud del préstamo, a la tasa de interés sobre saldos establecido por la Compañía, el mismo que se consignará en un endoso a la póliza, previo acuerdo entre las partes. El Contratante deberá reembolsar a la Compañía el importe total del préstamo o parte del mismo durante la vigencia de la póliza. Los intereses del préstamo se calcularán el primer día del mes y el valor de los mismos se añadirá al saldo vigente del mismo préstamo, incrementando la deuda periódicamente por el importe de los intereses mensuales.

En caso de fallecimiento, el importe total adeudado en virtud de préstamos otorgados bajo esta póliza se deducirá del beneficio por fallecimiento que corresponda liquidar.

En cualquier momento, si el saldo de los préstamos vigentes es igual o superior al saldo de la Cuenta Individual neta del correspondiente cargo por rescate, la Compañía enviará una comunicación al Contratante informándole de este hecho, y otorgándole un plazo de 30 días para que cumpla con cancelar el saldo total del préstamo, e indicándole las consecuencias del incumplimiento en la cancelación del préstamo. Vencido dicho plazo sin que el Contratante hubiera cumplido con cancelar el préstamo, la

Compañía procederá a cancelar el saldo adeudado mediante la liquidación del valor de rescate, quedando la póliza resuelta.

Los impuestos y gastos que origine el préstamo serán por cuenta del Contratante, con excepción de aquellos que por ley correspondan a la Compañía

VIGÉSIMO OCTAVA: RESOLUCIÓN DE LA PÓLIZA Y VALOR DE RESCATE

El Contratante podrá solicitar en cualquier momento, sin expresión de causa y a través de los mismos mecanismos de forma, lugar y medios utilizados para la contratación del seguro, la resolución de su póliza por el correspondiente Valor de Rescate, previa comunicación, quedando la póliza sin efecto a las 23:59 horas del último día calendario del mes siguiente a la respectiva comunicación (fecha de resolución) y extinguiéndose a dicha fecha todos los derechos y obligaciones de la presente póliza, salvo la obligación de la Compañía de abonar el valor de rescate. En caso la solicitud de resolución se realice por escrito, el Contratante deberá adjuntar copia de su DNI o copia del RUC y DNI del representante tratándose de personas jurídicas.

Si a la resolución de la póliza el saldo de la Cuenta Individual es mayor que el correspondiente Cargo por Rescate, el Valor de Rescate será igual a:

- Saldo de la Cuenta Individual

menos
- Cargo por Rescate que figura en la Tabla B de las Condiciones Particulares

más
- Saldo de la Cuenta de Excedentes

menos
- Cargo por Retiro Parcial que figura en el acápite 8 de las Condiciones Particulares si la resolución se solicita durante el periodo indicado en dicho acápite

Si a la resolución de la póliza el saldo de la Cuenta Individual es menor que el correspondiente Cargo por Rescate, el Valor de Rescate será igual a:

- Saldo de la Cuenta de Excedentes

menos
- Cargo por Retiro Parcial que figura en el acápite 8 de las Condiciones Particulares si la resolución se solicita durante el periodo indicado en dicho acápite

El Valor de Rescate será pagado en un solo acto y dentro de los treinta (30) días posteriores a la solicitud de resolución del contrato.

Se deja expresa constancia que, en caso el Contratante y el Asegurado sean personas distintas, el Contratante deberá comunicar al Asegurado su decisión de resolver la presente póliza con por lo menos quince (15) días de anticipación.

VIGÉSIMO NOVENA: LÍMITE DE LOS NOVENTA Y CINCO (95) AÑOS

Es responsabilidad del Contratante verificar la existencia de saldos suficientes en la póliza a efectos de que se realice la Deducción Mensual establecida en la Cláusula Décimo Quinta de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Deducción Mensual de la Cuenta Individual".

Si el Asegurado alcanzara con vida el aniversario de la póliza en el cual cumple los noventa y cinco (95) años de edad para el seguro y la póliza estuviera vigente en ese momento al existir saldos suficientes en las cuentas de la póliza, la Compañía pagará al Contratante el saldo de la Cuenta Individual más el saldo de la Cuenta de Excedentes, dándose por concluida la cobertura de la póliza y toda obligación de pago entre las partes.

TRIGÉSIMA: TERMINACIÓN DEL CONTRATO

La presente póliza se resolverá en cualquiera de los siguientes supuestos:

1. Por ejercicio del derecho de arrepentimiento, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Segunda de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "De los documentos – Derecho de Arrepentimiento".
2. Por revocación del consentimiento del Asegurado, en caso el Asegurado sea persona distinta al Contratante, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Quinta de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Consentimiento del Tercero".
3. Por rechazo o falta de pronunciamiento por parte del Contratante respecto de la propuesta de revisión de la póliza efectuada por la Compañía, ante la constatación de una declaración inexacta o reticente realizada sin dolo o culpa inexcusable, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Sexta de las Condiciones Generales de la póliza titulada "Bases del Contrato – Declaraciones del Contratante y/o Asegurado".
4. Por falta de pago oportuno de primas, en caso la Compañía opte por resolver la póliza durante la suspensión de la cobertura del seguro, mediante una comunicación con treinta (30) días calendario de anticipación, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Décimo Octava de las Condiciones Generales titulada: "Consecuencias del Incumplimiento del Pago de Primas".
5. Por incumplimiento de pago del saldo total del préstamo, en caso la Compañía le comunique que el saldo de los préstamos vigentes es igual o superior al saldo de la Cuenta Individual, de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula Vigésimo Séptima de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Préstamos".
6. Cuando el Contratante manifieste su decisión de resolver la póliza, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Vigésimo Octava de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Resolución de la Póliza y Valor de Rescate".
7. Por la presentación de una Solicitud de Cobertura Fraudulenta según lo dispuesto en la Cláusula Trigésimo Cuarta de las Condiciones Generales de la póliza titulada "Solicitud de Cobertura Fraudulenta".

Como consecuencia de la resolución, el presente contrato de seguro dejará de surtir efectos, perdiendo el Asegurado la cobertura del seguro y liberándose a la Compañía de toda responsabilidad indemnizatoria ante la ocurrencia de un siniestro.

Asimismo, la presente póliza se extinguirá y, por tanto, la cobertura de los riesgos asegurados en ella terminará, liberándose la Compañía de toda responsabilidad indemnizatoria en virtud de la misma, ante la ocurrencia de cualquiera de los siguientes eventos:

1. Por fallecimiento del Asegurado, en cuyo caso los Beneficiarios designados estarán facultados a presentar la solicitud de cobertura, de conformidad con lo dispuesto en la póliza.
2. Por fallecimiento del Contratante, en caso el Asegurado fuese persona distinta y no se hiciera cargo de las obligaciones del Contratante mientras la póliza se encuentre vigente, según lo dispuesto en la Cláusula Décimo Segunda de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Titular de esta Póliza".

3. Por falta de pago oportuno de primas, en caso transcurran noventa (90) días calendario desde el primer día del mes en que no se pudo realizar la Deducción Mensual por falta de saldo en las cuentas de la póliza, de acuerdo a lo establecido en la Cláusula Décimo Octava de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Consecuencias del Incumplimiento del Pago de Primas".
4. Al finalizar el aniversario póliza en el cual el Asegurado cumple la edad de noventa y cinco (95) años de edad para la póliza, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Vigésimo Novena de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Límite de los Noventa y Cinco (95) Años".

Salvo se ejerza el derecho de arrepentimiento, se deja expresa constancia que, como consecuencia de la resolución y/o extinción del contrato de seguro, la Compañía liquidará y abonará a favor del Contratante el Valor de Rescate conforme a lo dispuesto en el segundo párrafo de la Cláusula Vigésimo Octava de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Resolución de la Póliza y Valor de Rescate".

En caso la resolución de contrato sea consecuencia del ejercicio del derecho de arrepentimiento, la Compañía realizará la devolución de las primas pagadas conforme a lo dispuesto en la Cláusula Segunda de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "De los Documentos – Derecho de Arrepentimiento".

Además de las causales de resolución y extinción, se deja expresa constancia que el contrato de seguro será Nulo y, por tanto, ineficaz desde el inicio de su vigencia en los siguientes supuestos:

1. Si, al momento de la contratación del seguro, el Contratante y/o el Asegurado incurrir en declaración inexacta o reticente que obedezca a dolo o culpa inexcusable, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Sexta de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Bases del Contrato – Declaraciones del Contratante y/o Asegurado".
2. En caso de declaración inexacta de la edad del Asegurado, si se comprobase que el Asegurado superaba la "Edad Máxima de Ingreso" a la fecha de contratación del seguro, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Décimo Tercera de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Edad".
3. En ausencia de interés asegurable al tiempo de celebración del contrato, en virtud del artículo 2° de la Ley del Contrato de Seguro.
4. Si al tiempo de la contratación del seguro se había producido el siniestro o había desaparecido la posibilidad de que se produzca, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 3° de la Ley del Contrato de Seguro.

En caso se produzca alguno de los supuestos de nulidad contenidos en los numerales 2, 3 o 4 antes citados, la Compañía procederá con la devolución de la prima que hubiese sido pagada por el Contratante, sin intereses y dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios contados a partir de la fecha en la cual se invoque la causal de nulidad correspondiente. En caso de nulidad por declaración inexacta o reticente, se aplicará lo dispuesto en la Cláusula Sexta de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Bases del Contrato – Declaraciones del Contratante y/o Asegurado".

Las coberturas adicionales contratadas a través de las Cláusulas Adicionales incorporadas a la presente póliza, terminarán en la fecha estipulada para cada una de ellas en las Condiciones Particulares o en cualquiera de los supuestos de extinción, resolución y nulidad mencionados en los puntos precedentes, lo que ocurra primero.

TRIGÉSIMO PRIMERA: EXCLUSIONES – RIESGOS NO CUBIERTOS

Este contrato de seguros no cubre el fallecimiento del Asegurado, cuando el deceso se produjera como consecuencia de:

- a) Guerra declarada o no declarada (conflicto armado), civil o internacional; servicio y/o actividad militar o policial de cualquier índole, tanto en tiempo de paz como en tiempo de guerra.
 - b) Participación del Asegurado como sujeto activo de un acto delictivo o tipificado como delito o por aplicación legítima de la pena de muerte.
 - c) En los seguros sobre la vida de un tercero, la muerte provocada deliberadamente por un acto ilícito del Contratante.
 - d) Actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo.
 - e) El uso de alucinógenos, estupefacientes o drogas no prescritas.
 - f) Suicidio o por lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo, o por terceros con su consentimiento, salvo que hubieran transcurrido dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la fecha de contratación del seguro.
- Asimismo, los aumentos de capital asegurado solicitados por el Contratante que se hayan concedido en los dos (2) años inmediatamente anteriores al suicidio, no integrarán el beneficio por fallecimiento.
- g) Acto criminal en el que resulte responsable alguno de los beneficiarios, en cuyo caso la Compañía quedará liberada de pagar el beneficio que correspondía al (a los) beneficiario(s) responsable(s). De existir otros beneficiarios designados, no responsables de dicho acto, éstos únicamente percibirán el porcentaje de suma asegurada que les hubiera atribuido el Contratante y/o el Asegurado.

Producido el fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de esta cobertura por cualquiera de las causas enunciadas en los incisos precedentes, la Compañía pagará el Valor de Rescate de la póliza, si lo hubiere, al Contratante y, en su defecto, a los Beneficiarios de conformidad con la proporción que se les hubiere asignado.

TRIGÉSIMO SEGUNDA: DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

El Contratante tiene el derecho de nombrar a los Beneficiarios Principales y Contingentes que desee, a su entera decisión y criterio, según sea el caso, siempre que exista interés asegurable entre el Asegurado y los beneficiarios. El Beneficiario es la persona que habrá de recibir el beneficio del seguro de vida pagadero al fallecimiento del Asegurado. El Contratante podrá cambiar en cualquier momento a los Beneficiarios, salvo que haya cedido este derecho a un tercero.

El cambio del o los Beneficiarios se hará en forma expresa y por escrito y será válido siempre que conste en un endoso a la póliza o conste en testamento o en un documento legalizado ante notario público; sin embargo, se deja expresa constancia que la Compañía quedará liberada de toda responsabilidad en caso de pagar la indemnización correspondiente a los beneficiarios designados con anterioridad a la recepción de cualquier comunicación modificando esta designación.

Designadas varias personas sin indicación de proporciones, se entiende que el beneficio es por partes iguales.

Cuando el Contratante no designe Beneficiarios o por cualquier causa la designación se haga ineficaz o quede sin efecto, el beneficio corresponderá a los herederos del Asegurado que figuren en la Sucesión Intestada o en el Testamento en caso se hubiera otorgado. El beneficio será dividido entre los herederos en partes iguales; salvo que en el testamento se hubiera establecido expresamente una proporción distinta para el pago de este seguro.

La Compañía en ningún caso asume responsabilidad alguna por la validez del acto jurídico que dio lugar a la designación de los beneficiarios o por las cuestiones que se susciten con motivo de ella.

El pago del beneficio del seguro contratado se efectuará a los Beneficiarios Principales y solamente en caso que al momento del fallecimiento del Asegurado no quedara ninguno de los Beneficiarios Principales,

se procederá a efectuar el pago a los Beneficiarios Contingentes y, a falta de éstos, la suma asegurada será entregada a los herederos del Asegurado, instituidos de acuerdo a ley.

Si al momento de pagar el siniestro se determina que uno de los Beneficiarios Principales falleció en forma previa al fallecimiento del Asegurado, la parte correspondiente al Beneficiario fallecido acrecerá la de los demás Beneficiarios Principales designados, en forma proporcional a su participación. Si el fallecimiento del Beneficiario Principal se produce con posterioridad al fallecimiento del Asegurado, la parte que le hubiera correspondido será pagada a los herederos del Beneficiario Principal fallecido, instituidos de acuerdo a ley.

TRIGÉSIMO TERCERA: AVISO DE SINIESTRO – PROCEDIMIENTO Y REQUISITOS PARA PRESENTAR UNA SOLICITUD DE COBERTURA

Los beneficiarios deberán informar por escrito al domicilio de la Compañía sobre la ocurrencia del siniestro objeto de la cobertura dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o de la existencia del beneficio, o en el menor plazo posible.

Posteriormente, los beneficiarios, acreditando su calidad de tales, deberán presentar a la Compañía la solicitud de cobertura empleando el formato de declaración de siniestro que le sea proporcionado por la Compañía, adjuntando el original o copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de los siguientes documentos:

Caso de Muerte Natural:	Caso de Muerte Accidental:
1. Partida de defunción o acta de defunción.	1. Partida de defunción o acta de defunción.
2. Certificado médico de defunción completo.	2. Certificado médico de defunción completo.
3. Copia de la Historia Clínica completa, foliada y fedateada.	3. Copia de la Historia Clínica completa, foliada y fedateada.
4. Informe médico ampliatorio (formato de la Compañía).	4. Informe médico ampliatorio (formato de la Compañía).
	5. Protocolo de Necropsia completo, según corresponda.
	6. Atestado o Informe policial completo o Carpeta Fiscal y testimonio de cualquier acción realizada con motivo del hecho determinante del fallecimiento del Asegurado, salvo que razones procesales lo impidiesen.
	7. Resultado del examen de dosaje etílico y del examen toxicológico, según corresponda.

Se deja expresa constancia que, en caso de muerte natural, la copia foliada y fedateada de la Historia Clínica completa comprende: (i) la Historia Clínica completa perteneciente al establecimiento de salud donde se diagnosticó la enfermedad que causó el deceso del Asegurado, la cual deberá contener el Informe Anatomopatológico del diagnóstico inicial, en caso corresponda; y, (ii) la Historia Clínica completa perteneciente al establecimiento de salud en donde se produjo el deceso.

En caso de muerte accidental, la copia foliada y fedateada de la Historia Clínica completa comprende: (i) la Historia Clínica completa perteneciente al establecimiento de salud que realizó la

atención médica del accidente que causó el deceso del Asegurado; y, (ii) la Historia Clínica completa perteneciente al establecimiento de salud en donde se produjo el deceso.

En caso los beneficiarios sean los hederos legales instituidos conforme a ley, además de los documentos antes listados se deberá presentar copia literal de la inscripción definitiva de la Sucesión Intestada o del Testamento, según corresponda, emitida por la Superintendencia Nacional de los Registros Públicos.

Asimismo, dentro de los primeros veinte (20) días de completada la información y/o documentación exigida en la presente cláusula para la evaluación de la solicitud de cobertura, la Compañía podrá requerir información y/o documentación adicional para precisar o aclarar el contenido de la información y/o documentación presentada por el Beneficiario; y, se le permitirá realizar las indagaciones que sean necesarias para tal fin. Hasta que el Beneficiario cumpla con proporcionar la información y/o documentación adicional solicitada por la Compañía, se suspenderá el plazo para considerar un siniestro consentido, el cual se reanudará al día siguiente de completada toda la documentación adicional requerida por la Compañía.

En caso de fallecimiento, la Compañía se reserva el derecho de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas del mismo, debiendo los beneficiarios prestar su conformidad y su concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones para realizarlas. La autopsia o la exhumación deberá efectuarse con citación de los beneficiarios o sucesores, los que podrán designar un médico para representarlos. Todos los gastos que ellas motiven serán por cuenta de la Compañía, excepto los derivados del médico representante de los beneficiarios o sucesores.

En aquellos casos en los que legalmente deba practicarse una necropsia, el cuerpo del Asegurado fallecido no podrá ser embalsamado o sometido a ningún tratamiento o cualquier otro proceso que signifique una alteración al estado de los tejidos u órganos del cuerpo, sin que previamente se haya realizado la necropsia de ley y en tanto la Compañía no se pronuncie respecto a la cobertura del siniestro. La falta de realización de la necropsia de acuerdo a ley constituye un acto de culpa inexcusable y en consecuencia libera a la Compañía de toda responsabilidad frente al siniestro, en tanto afecta la posibilidad de verificar o determinar las causas y circunstancias del siniestro.

Asimismo, en caso la Compañía requiera exámenes médicos sobre el cuerpo del Asegurado fallecido dentro de los veinte (20) días de presentada toda la documentación listada en la presente cláusula y, posteriormente a ello, el cuerpo del Asegurado fallecido sea embalsamado o sometido a un tratamiento o proceso a los que se refiere el párrafo precedente, sin que se hayan efectuado los exámenes requeridos, la Compañía quedará liberada de la obligación de pagar la indemnización o beneficio pactado, en tanto ese hecho afecte la posibilidad de la Compañía de verificar o determinar las causas y circunstancias del siniestro.

Excepcionalmente, en los casos en los que exista un proceso judicial en el que no sea parte la Compañía y de cuya definición dependa –a juicio razonable de la Compañía– la cobertura del siniestro o el derecho del Beneficiario, la Compañía podrá supeditar la decisión de la cobertura del siniestro o el pago del beneficio a la conclusión en última instancia del proceso respectivo, requiriendo el original o copia con certificación de reproducción notarial de la sentencia o resolución definitiva dentro del plazo de treinta (30) días establecido en el artículo 74 de la Ley del Contrato de Seguro, Ley N° 29946. En el requerimiento, la Compañía deberá justificar al Beneficiario la necesidad de dicho documento. Lo antes expuesto no afecta el derecho de la Compañía de apersonarse al proceso.

La Compañía tendrá un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción completa de los documentos indicados en la presente cláusula, para aprobar o rechazar la solicitud de cobertura; salvo que solicite una prórroga de conformidad con lo dispuesto en las normas legales vigentes. Si

la solicitud de cobertura fuese aprobada por la Compañía o hubiese transcurrido el plazo antes indicado o, de ser el caso, la correspondiente prórroga, sin pronunciamiento; se pagará el beneficio dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes.

El incumplimiento del plazo para realizar el aviso del siniestro establecido en la presente cláusula no genera la pérdida de los derechos que pudiesen tener los beneficiarios en virtud del presente seguro los cuales podrán ser requeridos dentro del plazo de prescripción vigente a la fecha de ocurrencia del siniestro .

TRIGÉSIMO CUARTA: SOLICITUD DE COBERTURA FRAUDULENTA

La Compañía quedará relevada de toda responsabilidad y el Asegurado o sus beneficiarios perderán todo derecho de indemnización bajo esta póliza si, en cualquier tiempo el Contratante, el Asegurado, sus beneficiarios o terceras personas que actúen en su representación, emplean medios o documentos falsos, dolosos o engañosos, con su conocimiento o sin él, para sustentar una solicitud de cobertura o para derivar beneficios del seguro otorgado por la presente póliza.

Además de lo dispuesto en el párrafo precedente, la presentación de una Solicitud de Cobertura Fraudulenta acarreará la resolución del presente contrato de seguro. Para ejercer esta condición resolutoria, la Compañía comunicará al Contratante y/o al beneficiario, según corresponda, el rechazo de la solicitud de cobertura y su decisión de resolver la póliza en virtud de la presente cláusula, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 15 del Reglamento para la Gestión y Pago de Siniestros. Dicha comunicación podrá ser remitida por correo, correo electrónico y/o fax a la dirección o número indicado por éste en la solicitud del seguro o documento posterior. En caso dichos datos no sean correctos o se modifiquen sin previa comunicación a la Compañía, ésta quedará liberada de toda obligación.

TRIGÉSIMO QUINTA: PAGO DEL BENEFICIO POR FALLECIMIENTO

La obligación de pagar el beneficio por fallecimiento o capital asegurado a los beneficiarios deberá ser cumplida por la Compañía en un solo acto y por su valor total.

De la liquidación de la póliza será deducida cualquier deuda que con la Compañía tuvieran el Contratante o el Asegurado en relación con la presente póliza.

TRIGÉSIMO SEXTA: DUPLICADO DE PÓLIZA Y COPIA

En caso de robo, pérdida o destrucción de esta póliza, el Contratante podrá obtener un duplicado en sustitución de la póliza original.

El Contratante tiene derecho a que se le entregue copia de las declaraciones efectuadas para la celebración del contrato y copia no negociable de la póliza.

TRIGÉSIMO SÉTIMA: IMPUESTOS, TASAS Y CONTRIBUCIONES

Los impuestos, tasas, contribuciones y en general tributos de cualquier índole y jurisdicción que pudieran crearse en lo sucesivo o los eventuales aumentos de los tributos existentes, sobre los seguros, tanto en el caso de las primas como de las indemnizaciones o beneficios por siniestros, estarán a cargo del Contratante, de los Beneficiarios o de los herederos, según sea el caso, salvo cuando la Ley los declare expresamente a cargo exclusivo de la Compañía.

TRIGÉSIMO OCTAVA: DOMICILIO

La Compañía, el Contratante y/o el Asegurado señalan como su domicilio la dirección física (particular o comercial) y la dirección electrónica declaradas en la solicitud de seguro y que originalmente se consignan en las Condiciones Particulares. Para que cualquier variación respecto del domicilio (dirección física o electrónica) sea válida y surta efectos, deberá ser comunicada a la otra parte con por lo menos quince (15) días de anticipación.

Las denuncias, declaraciones y demás comunicaciones previstas y/o derivadas de la presente póliza, deberán efectuarse en el último domicilio declarado por las partes de conformidad con lo dispuesto en el párrafo precedente.

Toda comunicación realizada en cumplimiento de lo dispuesto en la presente cláusula, se considerará válida para todo efecto legal. La Compañía no se hace responsable de las consecuencias derivadas de la inexactitud del domicilio declarado por el Contratante y/o el Asegurado. Asimismo, las partes pactan expresamente que las comunicaciones podrán ser notificadas al domicilio electrónico del Contratante, o personalmente y/o a través de una llamada telefónica, en tanto la Compañía mantenga una constancia de la realización o envío de las comunicaciones o de la grabación telefónica u otro medio que acredite la comunicación; salvo que la Ley del Contrato de Seguro establezca que la comunicación debe ser escrita.

TRIGÉSIMO NOVENA: PRESCRIPCIÓN

Los reclamos y las acciones fundadas en la póliza prescriben al vencimiento del plazo legal establecido. Es obligación del Contratante notificar a los beneficiarios designados de la existencia del presente contrato de seguros, quienes adicionalmente podrán solicitar información del estado de la póliza al fallecimiento del Asegurado en el Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con Cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante Ley 29355.

Cumplido el plazo de prescripción sin que el Contratante, el Asegurado o los Beneficiarios, según corresponda, hubieran solicitado el beneficio o el cumplimiento de cualquier obligación derivada de esta póliza, la Compañía quedará liberada de la obligación de pagar el capital asegurado y de toda obligación derivada de la misma, a menos que esté en trámite un arbitraje o una acción judicial relacionada con la reclamación.

En la actualidad el plazo legal de prescripción es de diez años contados a partir de la ocurrencia del siniestro o desde que el beneficiario toma conocimiento de la existencia del beneficio, en los seguros que cubran el riesgo de fallecimiento de una persona; sin embargo, se considerará el plazo legal que se encuentre vigente a la fecha del siniestro.

CUADRAGÉSIMA: MECANISMO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Las partes acuerdan que toda discrepancia, litigio o controversia entre la Compañía, el Contratante, el Asegurado, los Beneficiarios y/o los herederos del Asegurado, si la hubiere, se resolverá según las disposiciones de la Ley del Contrato de Seguro y demás normas aplicables, bajo la competencia de los jueces y tribunales del Estado Peruano.

CUDRAGÉSIMO PRIMERA: MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

Toda modificación de la póliza solicitada por el Contratante, para que sea válida, deberá ser hecha por escrito por medio de un endoso refrendado por los funcionarios autorizados de la Compañía.

Durante la vigencia de la póliza, la Compañía no puede modificar los términos contractuales pactados sin la aprobación previa y por escrito del Contratante, quien tiene derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión en el plazo de 30 días desde que la misma le fue comunicada. La

falta de aceptación de los nuevos términos no genera la resolución del contrato, en cuyo caso se deberán respetar los términos en los que el contrato fue acordado.

CUADRAGÉSIMO SEGUNDA: CESIÓN DE DERECHOS

Cualquier cesión de derechos, gravamen, caución o garantía que tenga por base este contrato, deberá ser aprobada por escrito por la Compañía, la que lo hará constar en la misma póliza por medio de un endoso. Sin estos requisitos, los convenios realizados por el Contratante con terceros no tendrán ningún valor para la Compañía.

CUADRAGÉSIMO TERCERA: MONEDA DEL CONTRATO

Se deja expresa constancia que es voluntad de las partes efectuar los pagos de las obligaciones pactadas en el presente contrato, en la moneda prevista en las Condiciones Particulares. No procederá la modificación de la moneda indicada en las Condiciones Particulares, salvo por lo dispuesto a continuación.

También se deja claramente establecido que si la moneda prevista en las Condiciones Particulares del presente Contrato de Seguro, no fuese la de curso legal en el Perú, y como consecuencia de: (i) cualquier disposición en materia de cambios emanada del Banco Central de Reserva del Perú o (ii) por mandato de cualquier norma legal, o (iii) por cualquier otra razón ajena al control de la Compañía:

- a. La Compañía, el Contratante, o el Asegurado no pudiera o no le estuviera permitido obtener la moneda extranjera en el mercado; o
- b. Existiera impedimento de mantener las reservas o inversiones en moneda extranjera,

todas las obligaciones contractuales vigentes y pendientes de ser ejecutadas serán convertidas a moneda nacional utilizando el tipo de cambio determinado por la Compañía y basado en las condiciones de mercado, salvo que en los supuestos (i) o (ii) precedentes, la disposición del Banco Central o la norma legal, fijara la tasa de cambio aplicable. En cualquier circunstancia, el Contratante será notificado sobre la conversión a moneda nacional.