

**PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL
TEMPORAL ANUAL RENOVABLE PARA EX TRABAJADORES
“VIDA LEY EX - TRABAJADORES”**

CONDICIONES GENERALES

Pacífico Compañía de Seguros y Reaseguros, en adelante la Compañía, emite a usted, en adelante el Asegurado, la presente póliza sobre su vida, de conformidad con lo establecido por el Decreto Legislativo N° 688 y sus modificatorias. 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 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.
En consecuencia, el fallecimiento o invalidez del Asegurado como consecuencia de cualquier enfermedad corporal o mental, de tratamientos médicos o quirúrgicos por enfermedad, o causa de los denominados accidentes médicos, tales como apoplejía, congestiones, síncope, edemas agudos, infartos al miocardio, trombosis o ataques epilépticos, no se considerarán accidentales.
- **Asegurado:** Es la persona que al momento de su cese laboral goza de la cobertura del seguro de vida ley con la Compañía, y que opta por solicitar por escrito, dentro del plazo de sesenta (60) días calendario siguientes al término de la relación laboral, la emisión de una póliza de vida individual para ex trabajadores. El nombre del Asegurado figura en las Condiciones Particulares.
- **Beneficio:** Es el capital o suma asegurada que será pagado bajo esta póliza al Asegurado o sus beneficiarios en caso de ocurrencia de un siniestro. Figura en las Condiciones Particulares.
- **Contratante:** Es la persona que suscribe la póliza con la Compañía y la obligada al pago de la prima. En la presente póliza, el Contratante siempre es el Asegurado.
- **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 de la póliza como fecha de inicio de vigencia, a partir de la cual comienza a regir la cobertura del seguro.
- **Invalidez Total y Permanente:** De acuerdo con lo establecido por el Decreto Legislativo N° 688, se considera como Invalidez Total y Permanente únicamente los casos siguientes:
 - a) Estado absoluto e incurable de alienación mental
 - b) Descerebramiento que no permita al Asegurado realizar algún trabajo u ocupación por el resto de su vida.

- c) Fractura incurable de la columna vertebral que determine la Invalidez Total y Permanente.
- d) Pérdida total de la visión de ambos ojos.
- e) Pérdida total de ambas manos.
- f) Pérdida total de ambos pies.
- g) Pérdida total de una mano y un de pie.
- h) Otros que se puedan establecer por Decreto Supremo.

Se entiende por pérdida total la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del miembro lesionado.

Un mismo accidente no dará derecho acumulativamente a indemnizaciones por Invalidez Total y Permanente y por Muerte. Por consiguiente, si la muerte ocurriera a consecuencia de un accidente ya indemnizado por Invalidez Total y Permanente, no corresponde el pago de indemnización adicional alguna.

Se deja expresa constancia que la Compañía cubrirá aquella Invalidez Total y Permanente que, derivada de un accidente acaecido durante la vigencia del presente contrato, se manifieste dentro de los dos (02) años siguientes a la fecha de ocurrencia del accidente.

- **Muerte Natural:** Es el fallecimiento o deceso del Asegurado por causas naturales no accidentales. **No se considera causa natural el suicidio ni la muerte provocada por lesiones inferidas por el propio Asegurado.**
- **Muerte Accidental:** Es el fallecimiento o deceso del Asegurado por causas que cumplen la condición de accidente definida en la presente póliza. **No se considera causa accidental el suicidio ni la muerte provocada por lesiones inferidas por el propio Asegurado.**
- **Prima:** Es la contraprestación por las coberturas de seguro contratadas. Su monto, basado en la remuneración asegurable, figura en las Condiciones Particulares y varía según la edad del Asegurado.
- **Remuneración Mensual:** Se entiende por remuneración mensual a la última remuneración percibida por el Asegurado antes del cese, que fue declarada por su empleador, de acuerdo a lo establecido en el Decreto Legislativo N° 688.
- **Remuneración Máxima:** Las remuneraciones asegurables para el pago de la prima y del beneficio (suma asegurada) no podrán exceder de la remuneración máxima, establecida para efectos del seguro de invalidez, sobrevivencia y gastos de sepelio en el Sistema Privado de Pensiones.

SEGUNDA: DE LOS DOCUMENTOS Y EL 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 la póliza debidamente firmada en señal de conformidad, cuando corresponda. El incumplimiento de esta 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 Condiciones Particulares
3. Las Condiciones Generales

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, a lo dispuesto por el Decreto Legislativo N° 688 y sus modificatorias; y, supletoriamente, a las disposiciones contenidas en la Ley del Contrato de Seguros, y sus normas modificatorias, sustitutorias, ampliatorias y conexas, en cuanto resulte aplicable.

QUINTA: FECHA DE INICIO DE VIGENCIA Y PLAZOS DE LA POLIZA

Las coberturas previstas en esta póliza adquieren fuerza legal desde las cero horas del día indicado en las Condiciones Particulares como fecha de inicio de vigencia.

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

SEXTA: DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

En caso de fallecimiento natural o accidental, así como de Invalidez Total y Permanente por Accidente en los términos definidos en la presente póliza, la Compañía pagará a el o los beneficiarios la suma asegurada señalada en las Condiciones Particulares, siempre y cuando al momento del siniestro se hubieran cumplido las siguientes condiciones: (i) la póliza hubiera estado vigente; y, (ii) la cobertura del seguro no se encuentre suspendida por falta de pago de primas.

SÉPTIMA: IMPORTE DEL BENEFICIO O SUMA ASEGURADA

El beneficio o suma asegurada se especifica en las Condiciones Particulares.

Un mismo accidente no dará derecho acumulativamente a indemnizaciones por Invalidez Total y Permanente y por Muerte. Por consiguiente, si la muerte ocurriera a consecuencia de un accidente ya indemnizado por Invalidez Total y Permanente, no corresponde el pago de indemnización adicional alguna.

OCTAVA: PAGO DE PRIMAS

El Asegurado deberá asumir por su cuenta el pago de la prima establecida en las Condiciones Particulares. Se requiere el pago previo de la prima inicial para la emisión de la presente póliza. El resto de las primas tienen el objeto de garantizar la cobertura del Asegurado durante el plazo de vigencia de la póliza, siempre y cuando sean abonadas en el tiempo y forma establecidos en las Condiciones Particulares.

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

En los casos de pago de prima mediante un sistema de cargo automático, es responsabilidad del Contratante 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.**

La prima se calcula sobre el monto de la última remuneración percibida, hasta el tope de la remuneración máxima a que se refiere el artículo 9° del Decreto legislativo N° 688.

Si, luego de la emisión de la póliza, 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.

En caso que, cualquier prima o fracción de prima no pudiese ser pagada conforme a lo dispuesto en la presente póliza, será de aplicación lo dispuesto en la Cláusula Novena de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Consecuencias del Incumplimiento del Pago de Primas".

NOVENA: CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO DEL PAGO DE PRIMAS

En caso se incumpla con pagar la prima en el plazo y forma establecidos en las Condiciones Particulares, la Compañía comunicará al Contratante que, en caso no regularice el pago de la prima adeudada dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de vencimiento de la obligación, la cobertura de seguro contratada quedará suspendida automáticamente a partir del día siguiente al vencimiento de dicho plazo.

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

Si el siniestro ocurriese estando la prima impaga, dentro del periodo previo a la suspensión de la cobertura antes indicada, la prima adeudada por el Contratante será deducida del beneficio correspondiente.

En caso la cobertura se encuentre en suspenso por el incumplimiento en el pago de prima, la Compañía podrá optar por resolver contrato. 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 de la prima dentro de los noventa (90) días siguientes al vencimiento del plazo establecido para el pago de la prima adeudada, se entiende que el contrato de seguro queda extinguido. Se entiende por reclamo del pago de primas, el inicio de un proceso judicial o arbitral de cobranza de pago de primas por parte de la Compañía.

DÉCIMA: RENOVACIÓN

Esta póliza se emite con vigencia anual. Transcurrido este período, la presente póliza se renovará en forma automática; salvo que el Contratante manifieste, mediante documento escrito, su intención de no renovarla con por lo menos treinta (30) días de anticipación al inicio del periodo de renovación automática aplicable.

El monto de la prima se muestra en el Condicionado Particular.

Cualquier condición establecida en la póliza no regulada en el Decreto Legislativo N° 688, podrá ser modificada en cada renovación anual en base a la experiencia de siniestralidad del portafolio correspondiente a este producto, previa comunicación por escrito de la Compañía con por lo menos cuarenta y cinco (45) días de anticipación al término de la vigencia anual correspondiente. En dicha comunicación, la Compañía detallará las modificaciones en caracteres destacados. El Contratante tendrá un plazo de treinta (30) días previos al vencimiento de la vigencia anual de la póliza para manifestar su rechazo a la propuesta; en caso contrario, se entenderán aceptadas las nuevas condiciones propuestas por la Compañía, de acuerdo a lo establecido en el artículo 7° de la Ley N° 29946, Ley del Contrato de seguros, sus normas modificatorias, sustitutorias o ampliatorias.

Sin perjuicio de lo antes indicado, durante la vigencia anual de la póliza, la Compañía no puede modificar los términos contractuales distintos a los contenidos en el Decreto Legislativo N° 688, sin la aprobación previa y por escrito del Contratante, quien tiene derecho a analizar la propuesta y tomar una decisión en el plazo de treinta (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 hasta el término de la vigencia anual.

Se deja expresa constancia que los derechos de reducción, préstamo y rescate no son aplicables al presente seguro, por tratarse de un seguro mediante el cual se mantienen las coberturas de un seguro obligatorio.

DÉCIMO PRIMERA: RESOLUCIÓN DE LA PÓLIZA POR PARTE DEL CONTRATANTE

El Contratante podrá solicitar, en cualquier momento, la resolución de la póliza través de una comunicación dirigida a la Compañía. Por motivos de seguridad, si la comunicación se realiza por escrito se deberá adjuntar a la solicitud de resolución copia del Documento de Identidad del Contratante.

Se deja expresa constancia que el Contratante ha sido informado y conoce las consecuencias que la resolución tiene sobre la cobertura del presente seguro.

DÉCIMO SEGUNDA: TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

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

1. Por falta de pago de primas, de conformidad con lo establecido en la Cláusula Novena de las Condiciones Generales titulada: "Consecuencias del Incumplimiento del Pago de Primas"
2. Por solicitud escrita de resolución presentada por el Contratante de conformidad con lo establecido en la Cláusula Décimo Primera de las Condiciones Generales de la póliza titulada: "Resolución de la Póliza por parte del Contratante".

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. En caso proceda el pago del beneficio por Invalidez Total y Permanente por Accidente de conformidad con lo dispuesto en la presente póliza.

Sin perjuicio de lo establecido para las causales de resolución y extinción de la póliza antes listadas, queda expresamente convenido que la Compañía devolverá al Contratante la parte proporcional de la prima que hubiese sido pagada por el tiempo no transcurrido dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios contados a partir de la fecha en la cual se solicita la resolución o se toma conocimiento de la extinción de la póliza.

Además de las causales de resolución y extinción de la cobertura, se deja expresa constancia que el presente 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 incurre en declaración inexacta o reticente que obedezca a dolo o culpa inexcusable
2. En ausencia de interés asegurable al tiempo de celebración del contrato, en virtud del artículo 2° de la Ley del Contrato de Seguro.
3. 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 o 3 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, las primas pagadas quedan adquiridas por la Compañía, quien tiene derecho al cobro de las acordadas para el primer año de duración del seguro a título indemnizatorio.

DÉCIMO TERCERA: EXCLUSIONES - RIESGOS NO CUBIERTOS

De conformidad con lo dispuesto en el Decreto Legislativo N° 688, el seguro “Vida Ley” no contempla exclusiones.

DÉCIMO CUARTA: REQUISITOS PARA SOLICITAR EL BENEFICIO

La Compañía efectuará el pago que corresponda en sus oficinas, para lo cual los beneficiarios deberán presentar el formato de Declaración de Siniestro proporcionado por la Compañía, debidamente llenado, adjuntando el original o copia con certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de los siguientes documentos:

<i>En caso de fallecimiento:</i>	<i>En caso de Invalidez Total y Permanente:</i>
<ol style="list-style-type: none">1. Partida o acta de defunción2. Certificado médico de defunción completo3. Inscripción definitiva en Registros Públicos del Testamento o Sucesión Intestada, según corresponda. <p><i>Adicionalmente, en caso de Muerte Accidental, deberá presentar copia certificada de:</i></p> <ol style="list-style-type: none">4. Atestado o Informe policial Completo o Carpeta Fiscal.	<ol style="list-style-type: none">1. Certificación de Invalidez expedida por el Ministerio de Salud o los Servicios de Seguridad Social.2. Informe médico ampliatorio con el diagnóstico del Asegurado.

Asimismo, en caso de la documentación antes listada no esté claro si la condición del Asegurado encaja en los supuestos de invalidez de: (i) alienación mental absoluta e incurable; (ii) descerebramiento que impida efectuar trabajo u ocupación por el resto de la vida; o, (iii) fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total y permanente, se proporcionará a la Compañía copia fedateada de la Historia Clínica Completa y se le permitirá realizar las evaluaciones médicas que sean necesarias para verificar la configuración de la invalidez, las cuales serán programadas dentro de los veinte (20) días siguientes de completada la documentación exigida en la presente cláusula. La programación de las evaluaciones podrán ser postergadas de acuerdo a la disponibilidad del Asegurado.

Tratándose de las uniones de hecho a que se refiere el artículo 326° del Código Civil, la Compañía consignará ante el Juzgado de Paz Letrado el importe del capital asegurado que pueda corresponder al conviviente que figure en la declaración jurada o testamento por escritura pública.

La Compañía queda obligada al pago de intereses legales vencidas las setenta y dos (72) horas desde que el beneficiario presenta la solicitud de cobertura junto con toda la documentación requerida en la presente cláusula y, aun cuando no se hayan presentado los beneficiarios, a partir de los quince (15) días de la fecha de ocurrencia del siniestro. La Compañía quedará liberada del pago de intereses legales a partir de la fecha de consignación del importe del monto asegurado. La referida consignación no podrá producirse antes de haber transcurrido treinta (30) días desde la fecha de ocurrencia del siniestro.

DÉCIMO QUINTA: BENEFICIARIOS

Los Beneficiarios son las personas que habrán de recibir el beneficio del seguro de vida pagadero al fallecimiento del Asegurado. En caso de fallecimiento del Asegurado, son beneficiarios de esta póliza el cónyuge o conviviente del Asegurado a que se refiere el Artículo 326° del Código Civil y los descendientes del Asegurado. A falta de todos éstos, los beneficiarios serán los ascendientes y hermanos menores de dieciocho (18) años de edad.

En caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente, el beneficiario será el propio Asegurado. En caso de impedimento de éste, el beneficio será solicitado y abonado a su cónyuge, curador o apoderado especial.

Conforme con lo previsto en el Artículo 8° del Decreto Legislativo N° 688, el Contratante deberá proporcionar a la Compañía la declaración de beneficiarios debidamente legalizada a que se refiere el Artículo 6° de la indicada norma. **No será válida la designación de beneficiarios no comprendidos en la ley o sin observar la formalidad antes indicada.**

La Compañía entregará la suma asegurada a los beneficiarios establecidos en la ley que figuren en la declaración de beneficiarios antes indicada, o en el testamento por escritura pública, si éste es posterior a la declaración de beneficiarios. A falta de declaración de beneficiarios o ante la inconsistencia de la misma, la Compañía solicitará la sucesión intestada o testamento debidamente inscrito en Registros Públicos y procederá a pagar el beneficio únicamente a los herederos que tengan a su vez la calidad de beneficiarios a que se refiere el Artículo 1° del Decreto Legislativo N° 688.

En todos los casos el pago del beneficio se hará en partes iguales.

DÉCIMO SEXTA: 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 Asegurado, los beneficiarios o los herederos, según sea el caso, salvo cuando la Ley los declare expresamente a cargo exclusivo de la Compañía.

DÉCIMO SEPTIMA: 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 deba ser escrita.

DÉCIMO OCTAVA: 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, en caso de fallecimiento, desde que el beneficiario toma conocimiento de la existencia del beneficio; sin embargo, se considerará el plazo legal que se encuentre vigente a la fecha del siniestro.

DÉCIMO NOVENA: MECANISMOS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Toda discrepancia entre la Compañía, el Contratante/Beneficiario, el Asegurado y/o los herederos de éste último, si la hubiere, que surgiera como consecuencia de la validez, interpretación de los términos del presente contrato de seguro, 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.

VIGÉSIMA: 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 del Contrato de Seguros. 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 Seguros, 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, 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 Asegurado será notificado sobre la conversión a moneda nacional.