
PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD PATRONAL

“SEGUROS HORIZONTE, COMPAÑÍA ANÓNIMA”, antes denominada HORIZONTE, C.A. DE SEGUROS, inscrito su documento constitutivo en el Registro Mercantil de la Primera Circunscripción que llevaba el entonces Juzgado de Primera Instancia en lo Mercantil del Distrito Federal el día 4 de Diciembre de 1956, bajo el No. 76, Tomo 17-A, modificada su denominación, según asiento en el Registro Mercantil de la Circunscripción Judicial del Distrito Federal y Estado Miranda el día 15 de Mayo de 1987, bajo el No. 36, Tomo 45-A Segundo, en lo sucesivo denominada el Asegurador, representada en este Contrato por _____, en su carácter de _____, según consta en el Acta de la Junta Directiva de fecha ____ de ____ del ____, basada en las declaraciones del Tomador, el Asegurado o el Beneficiario, emite la presente Póliza mediante la cual garantiza el pago de las indemnizaciones correspondientes de conformidad con las Condiciones Generales, Particulares y Anexos si los hubiere.

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA 1.- OBJETO DEL SEGURO.

Mediante este seguro de responsabilidad, **SEGUROS HORIZONTE, C.A.** se compromete a indemnizar al Asegurado o al Beneficiario por los pagos que el Asegurado esté obligado a pagar a sus trabajadores y aprendices ocupados por él, según lo previsto en la Ley Orgánica del Trabajo.

CLÁUSULA 2.- DEFINICIONES.

A los efectos de este Contrato se entiende por:

EMPRESA DE SEGUROS O ASEGURADOR: SEGUROS HORIZONTE, C.A., quien asume los riesgos cubiertos en las Condiciones Particulares y Anexos de la presente Póliza.

TOMADOR: Persona natural o jurídica que obrando por cuenta propia o ajena, traslada los riesgos a la Empresa de Seguros y se obliga al pago de la prima.

ASEGURADO: Persona natural o jurídica que está expuesta a los riesgos cubiertos indicados en las condiciones particulares y anexos de la póliza.

BENEFICIARIO: Persona natural o jurídica a favor de quien se ha establecido la indemnización que deba pagar la Empresa de Seguros.

DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DE LA PÓLIZA: Las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, la Solicitud o Cuestionario de Seguro, el Cuadro Póliza-Recibo, los Anexos que se emitan para complementarla o modificarla y los Certificados de Seguro.

CUADRO PÓLIZA-RECIBO: Documento donde se indican los datos particulares de la póliza, como son: Número de la póliza, identificación completa de la Empresa de Seguros, de su representante y domicilio principal, identificación completa del Tomador, dirección del Tomador, dirección de cobro, nombre del intermediario de seguros, riesgos cubiertos, suma asegurada, monto de la prima, forma y lugar de pago, período de vigencia y firmas de la Empresa de Seguros y del Tomador.

CERTIFICADO DE SEGURO: Documento donde se indican los datos particulares de la póliza y los que corresponden a cada uno de los trabajadores. Contiene como mínimo la siguiente información: Número de la póliza, número del certificado, identificación completa de la Empresa de Seguros, identificación completa del Tomador, Asegurado y Beneficiarios, riesgos cubiertos, suma asegurada, período de vigencia de la póliza y del certificado y firma de la Empresa de Seguros.

CONDICIONES PARTICULARES: Aquellas que contemplan aspectos concretamente relativos al riesgo que se asegura.

PRIMA: Es la única contraprestación pagadera en dinero por el Tomador a la Empresa de Seguros.

SUMA ASEGURADA: Es el límite máximo de responsabilidad de la Empresa de Seguros y que está indicado en el Cuadro Póliza-Recibo.

CLÁUSULA 3.- EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD.

La Empresa de Seguros no estará obligada al pago de la indemnización en los siguientes casos:

1. Si el Tomador, el Asegurado, el Beneficiario o cualquier persona que obre por cuenta de éstos, presenta una reclamación fraudulenta o engañosa, o si en cualquier tiempo emplea medios o documentos engañosos o dolosos para sustentar una reclamación o para derivar otros beneficios.
2. Si el Tomador o el Asegurado actúa con dolo o si el siniestro ha sido ocasionado por dolo del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario.
3. Si el Siniestro se inicia antes de la vigencia de la póliza y continúa después de que los riesgos hayan comenzado a correr por cuenta de la Empresa de Seguros.
4. Si el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario no notificare el siniestro dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes de haber conocido la ocurrencia del mismo, salvo por causa extraña no imputable al Tomador, al Asegurado o al Beneficiario.
5. Otras exoneraciones de responsabilidad que se establezcan en las condiciones particulares y anexos de la póliza.

CLÁUSULA 4.- VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

La Empresa de Seguros asume las consecuencias de los riesgos cubiertos a partir de la fecha de la celebración del contrato de seguro, lo cual se producirá una vez que el Tomador notifique su consentimiento a la proposición formulada por la Empresa de Seguros o cuando ésta participe su aceptación a la solicitud efectuada por el Tomador, según corresponda.

En todo caso, la vigencia de la póliza se hará constar en el Cuadro Póliza-Recibo, con indicación de la fecha en que se emita, la hora y día de su iniciación y vencimiento.

CLÁUSULA 5.- RENOVACIÓN.

Salvo disposición en contrario establecida en las condiciones particulares, la póliza se entenderá renovada automáticamente al finalizar el último día del período de vigencia anterior y por un plazo igual, entendiéndose que la renovación no implica una nueva póliza, sino la prórroga de la anterior. La renovación no procederá si una de las partes notifica a la otra su voluntad de no prorrogar, mediante una comunicación escrita a la otra parte dirigida al último domicilio que conste en la póliza, efectuada con un plazo de por lo menos un (1) mes de anticipación al vencimiento del período de vigencia en curso.

CLÁUSULA 6.- PLAZO DE GRACIA.

La Empresa de Seguros concede un plazo de gracia para el pago de las primas de renovación de treinta (30) días continuos contados a partir de la fecha de terminación de la vigencia anterior, en el entendido de que durante tal plazo la póliza continuará vigente y en caso de ocurrir algún siniestro en ese período, la Empresa de Seguros tendrá la obligación de pagar la indemnización correspondiente, previa deducción de la prima pendiente de pago.

En este caso, el monto a descontar será la prima completa que corresponda al mismo período de la cobertura anterior. Si el monto indemnizable es menor a la prima a descontar, el Tomador deberá pagar, antes de finalizar el plazo de gracia, la diferencia existente entre la prima y dicho monto. No obstante, si el Tomador se negase o no pudiese pagar la diferencia de prima antes de finalizar el plazo de gracia, la póliza se considerará prorrogada solamente por el período de tiempo que resultare de dividir el monto del siniestro indemnizable entre la prima completa que corresponda al mismo período de la cobertura anterior multiplicado por el número de días que contenga dicho período.

CLÁUSULA 7.- PRIMAS.

El Tomador debe la prima desde el momento de la celebración del contrato, pero aquélla no será exigible sino contra la entrega por parte de la Empresa de Seguros de la póliza, del Cuadro Póliza-Recibo o de la nota de cobertura provisional. En caso de que la prima no sea pagada en la fecha de su exigibilidad o se haga imposible su cobro por causa imputable al Tomador, la Empresa de Seguros tendrá derecho a resolver la póliza o a exigir el pago de la prima debida con fundamento en la póliza.

El pago de la prima solamente conserva en vigor la póliza por el tiempo al cual corresponde dicho pago, según se haga constar en la póliza.

Las primas pagadas en exceso no darán lugar a responsabilidad alguna por parte de la Empresa de Seguros por dicho exceso, sino única y exclusivamente al reintegro sin intereses de dichas primas.

CLÁUSULA 8.- DECLARACIONES FALSAS EN LA SOLICITUD DE SEGURO.

La Empresa de Seguros deberá participar al Tomador, en un lapso de cinco (5) días hábiles, que ha tenido conocimiento de un hecho no declarado en la solicitud de seguro, que pueda influir en la valoración del riesgo, y podrá ajustar o resolver la póliza mediante comunicación dirigida al Tomador, en el plazo de un (1) mes contado a partir del conocimiento de los hechos que se reservó o declaró con inexactitud el Tomador o el Asegurado. En caso de resolución ésta se producirá a partir del decimosexto (16°) día siguiente a su notificación, siempre y cuando la devolución de la prima correspondiente se encuentre a disposición del Tomador en la caja de la Empresa de Seguros. Corresponderán a la Empresa de Seguros las primas relativas al período transcurrido hasta el momento en que haga esta notificación. La Empresa de Seguros no podrá resolver la póliza cuando el hecho que ha sido objeto de reserva o inexactitud ha desaparecido antes del siniestro.

Si el siniestro sobreviene antes de que la Empresa de Seguros haga la participación a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de ésta se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese establecido de haber conocido la verdadera entidad del riesgo.

Cuando la reserva o inexactitud se contrajese sólo a una o a varias de las personas cubiertas por la póliza, ésta subsistirá con todos sus efectos respecto a las restantes.

Las falsedades y reticencias de mala fe por parte del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario, debidamente probadas, serán causa de nulidad absoluta de la póliza, si son de tal naturaleza que la Empresa de Seguros de haberlas conocido no hubiese contratado o lo hubiese hecho en otras condiciones.

CLÁUSULA 9.- TERMINACIÓN ANTICIPADA.

La Empresa de Seguros podrá dar por terminada esta Póliza, con efecto a partir del decimosexto (16º) día siguiente a la fecha del acuse de recibo de la comunicación que a tal fin envíe al Tomador, siempre y cuando se encuentre en la caja de la Empresa de Seguros, a disposición del Tomador, el importe correspondiente a la parte proporcional de la prima no consumida por el período que falte por transcurrir.

A su vez, el Tomador podrá dar por terminada la Póliza, con efecto a partir del día hábil siguiente al de la recepción de su comunicación escrita por parte de la Empresa de Seguros, o de cualquier fecha posterior que señale en la misma. En este caso, dentro de los quince (15) días continuos siguientes, la Empresa de Seguros deberá poner a disposición del Tomador la parte proporcional de la prima, deducida la comisión pagada al Intermediario de Seguros, correspondiente al período que falte por transcurrir.

La terminación anticipada de la Póliza se efectuará sin perjuicio del derecho del Beneficiario a indemnizaciones por siniestros ocurridos con anterioridad a la fecha de terminación anticipada, en cuyo caso no procederá devolución de prima.

CLÁUSULA 10.- PAGO DE INDEMNIZACIONES.

La Empresa de Seguros tendrá la obligación de indemnizar el monto del siniestro cubierto dentro de un plazo que no podrá exceder de treinta (30) días hábiles, contados a partir de la fecha en que la Empresa de Seguros haya recibido el último recaudo por parte del Asegurado, salvo por causa extraña no imputable a la Empresa de Seguros.

CLÁUSULA 11.- RECHAZO DEL SINIESTRO.

La Empresa de Seguros deberá notificar por escrito a los Beneficiarios dentro del plazo señalado en la cláusula anterior, las causas de hecho y de derecho que a su juicio justifican el rechazo total o parcial de la indemnización exigida. Esta obligación existirá también cuando la Empresa de Seguros pague sólo parte de la indemnización reclamada por los Beneficiarios.

CLÁUSULA 12.- ARBITRAJE.

Las partes podrán someter a un procedimiento de arbitraje las divergencias que se susciten en la interpretación, aplicación y ejecución de la póliza. La tramitación del arbitraje se ajustará a lo dispuesto en la ley que regule la materia de arbitraje y supletoriamente al Código de Procedimiento Civil.

El Superintendente de Seguros actuará directamente o a través de los funcionarios que designe como árbitro arbitrador en aquellos casos en que sea designado de mutuo acuerdo entre ambas partes, con motivo de divergencias que se susciten en la interpretación, aplicación y ejecución de la póliza. Las partes fijarán el procedimiento a seguir; en caso contrario se aplicará el procedimiento previsto en la ley que rige la materia de arbitraje. En este caso, la decisión deberá ser adoptada en un plazo que no exceda de treinta (30) días

hábiles una vez finalizado el lapso probatorio. El laudo arbitral será de obligatorio cumplimiento.

CLÁUSULA 13.- CADUCIDAD.

El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario perderán todo derecho a ejercer acción judicial contra la Empresa de Seguros o convenir con ésta el Arbitraje previsto en la cláusula 12 (Arbitraje) de estas Condiciones Generales, si no lo hubiere hecho antes de transcurrir el plazo que se señala a continuación:

- a) En caso de rechazo del siniestro, un (1) año contado a partir de la fecha de notificación del rechazo.
- b) En caso de inconformidad con el pago de la indemnización, un año (1) contado a partir de la fecha en que la Empresa de Seguros hubiere efectuado el pago.

En todo caso, el plazo de caducidad siempre será contado desde el momento en que haya un pronunciamiento por parte de la Empresa de Seguros.

A los efectos de esta cláusula se entenderá iniciada la acción judicial una vez que sea consignado el libelo de demanda por ante el tribunal competente.

CLÁUSULA 14.- PRESCRIPCIÓN.

Salvo lo dispuesto en leyes especiales, las acciones derivadas de la póliza prescriben a los tres (3) años contados a partir del siniestro que dio nacimiento a la obligación.

CLÁUSULA 15.- MODIFICACIONES.

Toda modificación a las condiciones de la póliza entrará en vigor una vez que el Tomador notifique su consentimiento a la proposición formulada por la Empresa de Seguros o cuando ésta participe su aceptación a la solicitud de modificación propuesta por el Tomador.

Las modificaciones se harán constar mediante anexos, debidamente firmados por un representante de la Empresa de Seguros y el Tomador, los cuales prevalecerán sobre las condiciones particulares y éstas sobre las condiciones generales de la póliza.

Si la modificación requiere pago de prima adicional se aplicará lo dispuesto en la cláusula 4 (Vigencia de la Póliza) y 7 (Primas), de estas condiciones generales.

La modificación de la suma asegurada requerirá aceptación expresa de la otra parte. En caso contrario, se presumirá aceptada por la Empresa de Seguros con la emisión del recibo de prima, en el que se modifique la suma asegurada, y por parte del Tomador mediante comunicación escrita o por el pago de la diferencia de prima correspondiente, si la hubiere.

Se consideran aceptadas las solicitudes escritas de prorrogar o modificar la póliza o de rehabilitar la póliza suspendida, si la Empresa de Seguros no rechaza la solicitud dentro de los diez (10) días hábiles de haberla recibido.

CLÁUSULA 16.- PLURALIDAD DE SEGUROS.

Cuando un interés estuviese asegurado contra el mismo riesgo por dos o más Empresas de Seguros, aun cuando el conjunto de las sumas aseguradas no sobrepase el valor asegurable, el Tomador estará obligado, salvo pacto en contrario, a poner en conocimiento de tal circunstancia a la Empresa de Seguros, por escrito y en un plazo de cinco (5) días hábiles, luego de ocurrido un siniestro.

Si el Tomador intencionalmente omitiere dicho aviso o si hubiese celebrado el segundo o los posteriores seguros con el fin de procurarse un provecho ilícito, la Empresa de Seguros no quedara obligada frente a aquél. En este caso la Empresa de Seguros deberá tener prueba fehaciente de la conducta dolosa del Tomador.

Una vez ocurrido el siniestro, el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario debe comunicarlo a la Empresa de Seguros, con indicación del nombre de las demás y el número y el período de vigencia de cada póliza.

La Empresa de Seguros contribuirá al abono de la indemnización en proporción a la suma asegurada, sin que pueda superarse la cuantía del daño. Dentro de ese límite el Asegurado o el Beneficiario puede pedir a la Empresa de Seguros la indemnización debida según el respectivo contrato.

Si la Empresa de Seguros ha pagado una cantidad superior a la que proporcionalmente le correspondía, entonces ésta podrá repetir contra el resto de las demás Empresas de Seguros.

En caso de contrataciones de buena fe de una pluralidad de seguros, incluso por una suma total superior al valor asegurado, todos los contratos serán válidos, y obligará a la Empresa de Seguros a pagar hasta el valor del daño sufrido, dentro de los límites de la suma asegurada que hubiesen asegurado, proporcionalmente a lo que le corresponda en virtud de los otros contratos celebrados.

CLÁUSULA 17.- AVISOS.

Todo aviso o comunicación que una parte deba dar a la otra respecto a la póliza deberá hacerse mediante comunicación escrita o telegrama, con acuse de recibo, dirigido al domicilio principal o sucursal de la Empresa de Seguros o a la dirección del Tomador o del Asegurado que conste en la póliza, según sea el caso.

CLÁUSULA 18.- DOMICILIO.

Para todos los efectos y consecuencias derivadas o que puedan derivarse de la póliza, las partes eligen como domicilio especial, único y excluyente de cualquier otro, la ciudad donde se celebró el contrato de seguro, a cuya jurisdicción declaran someterse las partes

Firma del Tomador

Firma Autorizada por
Seguros Horizonte, S.A.

CONDICIONES PARTICULARES

CLÁUSULA 1.- PERSONAS ASEGURABLES.

Podrá ser asegurada bajo esta Póliza toda persona natural o jurídica, que como patrono tengan a su servicio uno o más trabajadores, a los cuales pague remuneración por sus servicios.

CLÁUSULA 2.- DEFINICIONES.

PATRONO: Persona natural o jurídica quien tiene bajo sus servicios uno o más trabajadores, a los cuales pague remuneración por sus servicios.

TRABAJADOR: Son todas las personas naturales que formen parte de manera regular de la nomina laboral del Asegurado.

APRENDICES: Adolescentes sometidos a formación profesional sistemática del oficio en el cual trabajen y sin que previamente a su colocación hubiesen regresado de cursos de formación para dicho oficio.

SINIESTRO: Es el acontecimiento futuro e incierto del cual depende la obligación de indemnizar por parte de La Empresa de Seguros.

MÉDICO: Profesional legalmente autorizado para ejercer la medicina.

CENTRO HOSPITALARIO: Cualquier instituto de Salud público, privado o militar, legalmente autorizado o constituido que preste servicio de hospitalización, emergencia, asistencia médica, laboratorio quirúrgico, obstetricia y exámenes radiológicos.

ACCIDENTE de TRABAJO: Todas las lesiones funcionales o corporales, permanentes o temporales, inmediatas o posteriores, o la muerte, resultantes de la acción violenta de una fuerza exterior que pueda ser determinada y sobrevenida en el curso del trabajo, por el hecho o con ocasión del trabajo. Será igualmente considerada como accidente de trabajo toda lesión interna determinada por un esfuerzo violento, sobrevenido en las mismas circunstancias.

ENFERMEDAD PROFESIONAL: Un estado patológico contraído con ocasión de trabajo o por exposición al ambiente en que el trabajador se encuentre obligado a trabajar; y el que pueda ser obligado por la acción de agentes físicos, químicos o biológicos, condiciones ergonómicas o meteorológicas, factores psicológicos o emocionales, que se manifiesten por una lesión orgánica, trastornos enzimáticos o bioquímicos, temporales o permanentes.

CLÁUSULA 3.- BENEFICIOS CUBIERTOS.

Los beneficios cubiertos por esta Póliza son aquellos montos que el Asegurado esté obligado a pagar por las siguientes causas:

- a. La muerte;
- b. Incapacidad absoluta y permanente;
- c. Incapacidad absoluta y temporal;
- d. Incapacidad parcial y permanente;
- e. Incapacidad parcial y temporal;
- f. Asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica que sea necesaria como consecuencia de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales;
- g. Gastos de entierro.

cuyos valores máximos de indemnización por tipo de cobertura y para cada trabajador, figuren en el Cuadro Póliza-Recibo, conforme a lo establecido en la Ley Orgánica del Trabajo.

No se consideran como incapacidad los defectos físicos provenientes de accidentes o enfermedades profesionales que no inhabiliten al trabajador para ejecutar con la misma eficacia la misma clase de trabajo de que era capaz antes de ocurrir el accidente o contraer la enfermedad.

CLÁUSULA 4.- EXCLUSIONES.

- a) Esta póliza no cubre:
- b) Pérdidas o daños ocasionados por meteorito, terremoto o temblor de tierra, maremoto, erupción volcánica, huracán, inundación, tempestad, deslave y cualquier otra convulsión de la naturaleza o perturbación atmosférica.
- c) Pérdidas o daños ocasionados por reacción nuclear (Fisión o Fusión), radioactividad nuclear o contaminación radioactiva, ya sean controladas o no.
- d) Pérdidas o daños ocasionados como consecuencia o se den en el curso de: guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades en operaciones bélicas (haya habido declaración de guerra o no), insubordinación militar, insurrección, rebelión, guerra civil, usurpación de poder, sublevación, proclamación de estado de excepción, acto de terrorismo o acto de cualquier persona que actúe en nombre de o en relación con cualquier organización que realice actividades dirigidas a la destitución por la fuerza del gobierno o influenciarlo mediante el terrorismo o a la violencia.
- e) Pérdidas o daños ocasionados por nacionalización, confiscación, incautación, requisa, comiso, embargo, secuestro, expropiación, destrucción o daño por orden de cualquier gobierno o autoridad pública legalmente constituida o de facto.

CLÁUSULA 5.- OTRAS EXENCIONES DE RESPONSABILIDAD.

El Asegurador queda exento de toda responsabilidad de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales que sobrevengan:

- a) Cuando el accidente hubiere sido provocado intencionalmente por la víctima;
- b) Cuando el accidente sea debido a fuerza mayor extraña al trabajo, si no se comprobare la existencia de un riesgo especial;
- c) Cuando se trate de personas que ejecuten trabajos ocasionales ajenos a la empresa del Asegurado;
- d) Cuando se trate de personas que ejecuten trabajos por cuenta del Asegurado en sus domicilios particulares;
- e) Cuando se trate de los miembros de la familia del propietario de la empresa que trabajen exclusivamente por cuenta de aquél y que viven bajo el mismo techo;
- f) Cuando la víctima hubiere quedado en estado de hacer la notificación y no la hubiese hecho dentro del plazo indicado en la Cláusula 5 (Notificación del Siniestro al Asegurado), de estas condiciones particulares.

El Asegurador pagará la indemnización a los parientes de la víctima que la hubieren reclamado dentro de los tres (3) meses siguientes a la muerte del trabajador, quedando exento de toda responsabilidad para con los parientes que efectúen reclamos con posterioridad al pago de la indemnización de esta póliza.

Transcurrido este lapso, los demás parientes sólo tendrán acción para reclamar su parte contra los que hubieren recibido la indemnización.

De igual forma el Asegurador quedará exento de toda responsabilidad, si las víctimas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales se negaren reiteradamente a someterse a las disposiciones, regímenes y tratamientos que indiquen los facultativos que presten la asistencia.

CLÁUSULA 6.- NOTIFICACIÓN DEL SINIESTRO AL ASEGURADO.

Los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales deben notificarse dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a aquélla en que ocurre el accidente o se diagnostique la enfermedad por la víctima, si ésta estuviere en estado de hacerlo, al Asegurado, a su representante u oficina local, o al encargado de dirigir los trabajos donde hubieren ocurrido.

CLÁUSULA 7.- AVISO DEL SINIESTRO A LA EMPRESA DE SEGUROS.

El Asegurado deberá dar aviso al Asegurador en un tiempo no mayor de cinco (5) días hábiles siguientes de haber conocido la ocurrencia del siniestro.

CLÁUSULA 8.- COMPUTO DE LA PRIMA.

La prima será computada, sobre la remuneración total que, durante el plazo de la Póliza, devenguen los trabajadores por el **Asegurado**. Hacen excepción, cuando se trata de una compañía anónima, las remuneraciones pagadas al Presidente, a cualquier Vice - Presidente y al Secretario o Tesorero del Asegurado, a menos que los ocupantes de dichos cargos desempeñen a su vez oficios que normalmente desempeñarían supervisores, capataces u obreros.

Si el Asegurado ejecutara oficios o trabajos de los anteriormente definidos, pero que no se describen o computen en las declaraciones, queda convenido que el Asegurado pagará la prima sobre los mismos, cuando se haga el ajuste final de la prima.

Al terminar la Póliza, la suma exacta devengada por los trabajadores durante dicho plazo debe ser señalada al Asegurador, por el Asegurado, y la prima devengada se ajustará de acuerdo con estos datos. Si la prima devengada computada de esta manera, es mayor que la prima pagada por adelantado, el Asegurado pagará contra la entrega del correspondiente Cuadro Póliza-Recibo la cantidad debida a el Asegurador, y si fuere menos, el Asegurador reintegrará, al Asegurado, la cantidad no devengada.

CLÁUSULA 9.- INGRESOS Y EGRESOS DE TRABAJADORES Y APRENDICES.

El Tomador se obliga a enviar a la Empresa de Seguros la relación de ingresos y la relación de egresos de trabajadores y aprendices, que se produzcan durante la vigencia de la presente póliza.

CLÁUSULA 10.- DERECHOS DEL ASEGURADOR.

El Asegurador tendrá derecho en cualquier momento, durante el plazo de la Póliza, a efectuar inspecciones en las plantas, trabajos, maquinarias y herramientas y de revisar los libros del Asegurado en el curso de la vigencia de la Póliza, y durante cualquier extensión de ella, y dentro de un año después de la terminación de la misma, en cuanto tenga relación con la remuneración devengada por cualquiera de los trabajadores del Asegurado, en los plazos en que esta Póliza estaba en vigencia.

CLÁUSULA 11.- SUBROGACIÓN DE DERECHOS.

En caso de que El Asegurador efectuará un pago en virtud de esta Póliza, el Asegurador se subrogará por el equivalente de dicho pago con todos los derechos de restitución del mismo que la ley concede al Asegurado, o a algún trabajador y sus herederos, contra cualquier persona, compañía, corporación, asociación o sucesión.

CLÁUSULA 12.- BASES LEGALES.

La presente Póliza se basa en las declaraciones hechas por el Tomador o Asegurado en su solicitud y en cualquier otra declaración escrita relacionada con la Póliza, las cuales serán parte integrante de ésta, en la medida que hayan sido aceptadas por el Asegurador.

CLÁUSULA 13.- COOPERACIÓN DEL TOMADOR O ASEGURADO.

El Tomador o Asegurado adoptará y permitirá que se adopten todas las medidas que fueren razonables para reducir al mínimo las consecuencias del accidente que ocurra a un trabajador o aprendiz.

CLÁUSULA 14.- ANEXOS.

Solamente los funcionarios autorizados por el Asegurador tendrán facultad para emitir anexos a la presente Póliza. Para que tengan validez y puedan considerarse parte integrante de la Póliza, los Anexos deberán ser emitidos por el Asegurador en formularios impresos, debidamente sellados y firmados por uno de sus funcionarios autorizados, por el Tomador o Asegurado, estar previamente aprobados por la Superintendencia de Seguros y el Tomador debe haber pagado la prima correspondiente al momento de su exigibilidad, si la hubiere, contra la entrega de los mismos.

CLÁUSULA 15: DEBERES DEL TOMADOR O ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO.

Al ocurrir un accidente de trabajo o se diagnostique cualquier incapacidad, el Tomador o El Asegurado deberá:

1. Emplear los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del siniestro.
2. Notificar a la Empresa de Seguros inmediatamente, a más tardar dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su conocimiento.
3. Notificar a las autoridades competentes inmediatamente a su conocimiento.
4. Suministrar dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha del siniestro o dentro de cualquier otro plazo mayor que le hubiere concedido la Empresa de Seguros:
 - a. Un informe escrito con todas las circunstancias relativas al siniestro y una relación detallada del accidente de trabajo o de la incapacidad.
 - b. Cualquier documento justificativo que la Empresa de Seguros directamente o por mediación de sus representantes, considere necesario con referencia al origen, la causa, circunstancias o determinación del monto reclamado a cuya indemnización hubiere lugar.

Una relación de cualesquiera otros Seguros vigentes sobre las mismas coberturas.

Firma del Tomador

Firma Autorizada por
Seguros Horizonte, S.A.