
PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD EMPRESARIAL

“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 realizar a sus trabajadores, trabajadoras, aprendices o derechohabientes, ocupados por él, según lo previsto en la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de 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, su domicilio principal, su representante, el carácter con el que actúa y los datos del documento donde consta su representación, 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.

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 (16º) 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 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 Aseguradoras, el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario estará obligado a poner en conocimiento de tal circunstancia a todas las Aseguradoras, por escrito y en un plazo de cinco (5) días hábiles contados a partir de la fecha en que el Asegurado tuvo conocimiento de la ocurrencia del siniestro.

Las Aseguradoras contribuirán al abono de la indemnización en proporción a la suma propia asegurada, sin que pueda superarse el límite establecido en la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo para cada riesgo previsto en dicha Ley. Dentro de ese límite el Asegurado o el Beneficiario puede pedir a cada aseguradora la indemnización debida según la respectiva póliza. La aseguradora que ha pagado una cantidad superior a la que proporcionalmente le correspondía, podrá repetir contra el resto de las aseguradoras, a menos que éstas hayan pagado lo que les corresponda según el límite de su cobertura, en cuyo caso la repetición procederá contra el beneficiario o el asegurado, según corresponda.

En caso de contrataciones de buena fe de una pluralidad de seguros, esta póliza será válida y obligará a la Empresa de Seguros a pagar hasta el monto establecido en la Ley Orgánica de Prevención, condiciones y Medio Ambiente de Trabajo según el riesgo previsto en la misma, dentro de los límites de la suma que hubiese asegurado, proporcionalmente a lo que le corresponda en virtud de las otras pólizas celebradas.

En caso de siniestro el Asegurado y Beneficiario no podrán renunciar a los derechos que le correspondan según la póliza o aceptar modificaciones a la misma con la empresa de Seguros, en perjuicio de las restantes aseguradoras.

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, C.A.

CONDICIONES PARTICULARES

CLÁUSULA 1.- PERSONAS ASEGURABLES.

Podrá ser asegurada bajo esta Póliza toda persona natural o jurídica que sea empleador, empleadora, contratista, subsidiaria o agente, que tengan a su servicio uno o más trabajadores o trabajadoras y aprendices, permanentes u ocasionales, a los cuales pague una 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: Persona natural que realiza una labor de cualquier clase, por cuenta ajena y bajo la dependencia de otra. La prestación de sus servicios debe ser remunerada.

ASEGURADO: Patrono o empleador, persona natural o jurídica que en nombre propio, ya sea por cuenta propia o ajena, tiene a su cargo una empresa, establecimiento, explotación o faena, de cualquier naturaleza o importancia, que ocupe trabajadores, sea cual fuere su número.

APRENDICES: Son los adolescentes sometidos a formación profesional sistemática del oficio en el cual trabajen y sin que previamente a su colocación hubiesen egresado 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: Todo suceso que produzca en el trabajador o trabajadora una lesión funcional o corporal, permanente o temporal, inmediata o posterior, o la muerte, resultantes de la acción que pueda ser determinada o sobrevenida en el curso del trabajo, por el hecho o con ocasión del trabajo.

Será igualmente considerado como accidente de trabajo:

1. La lesión interna determinada por un esfuerzo violento o producto de la exposición a agentes físicos, mecánicos, químicos, biológicos, psicosociales, condiciones meteorológicas sobrevenidos en las mismas circunstancias.
2. Los accidentes acaecidos en actos de salvamentos y en otros de naturaleza análoga, cuando tenga relación con el trabajo.
3. Los accidentes que sufra el trabajador o la trabajadora en el trayecto hacia y dentro su centro de trabajo, siempre que ocurra durante el recorrido habitual, salvo que haya sido necesario realizar otro recorrido por motivos que no le sean imputables al trabajador o trabajadora, y exista concordancia cronológica y topográfica en el recorrido.

4. Los accidentes que sufra el trabajador o trabajadora con ocasión del desempeño de cargos electivos en organizaciones sindicales, así como los ocurridos al ir o volver del lugar donde se ejerciten funciones propias de dichos cargos, siempre que ocurran los requisitos de concordancia cronológica y topográfica exigidos en el párrafo anterior.

ENFERMEDAD OCUPACIONAL: Estados patológicos contraídos o agravados con ocasión del trabajo o exposición al medio en el que el trabajador o la trabajadora se encuentra obligado a trabajar, tales como los imputable a la acción de agentes físicos y mecánicos, condiciones disergonómicas, meteorológicas, agentes químicos, biológicos, factores psicosociales y emocionales, que se manifiesten por una lesión orgánica, trastornos enzimáticos o bioquímicos, trastornos funcionales o desequilibrio mental, temporales o permanentes.

DISCAPACIDAD TEMPORAL: Es la contingencia que, a consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad ocupacional, imposibilita al trabajador o trabajadora amparado para trabajar por un tiempo determinado.

DISCAPACIDAD PARCIAL PERMANENTE: Es la contingencia que, a consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad ocupacional, genera en el trabajador o trabajadora una disminución parcial y definitiva menor del sesenta y siete por ciento (67%) de su capacidad física o intelectual para el trabajo.

DISCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE PARA EL TRABAJO HABITUAL: Es la contingencia que, a consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad ocupacional, genera en el trabajador o trabajadora una disminución mayor o igual al sesenta y siete por ciento (67%) de su capacidad física o intelectual o ambas, que le impidan el desarrollo de las principales actividades laborales inherentes a la ocupación u oficio habitual que venía desarrollando antes de la contingencia, siempre que se conserve capacidad para dedicarse a otra actividad laboral.

DISCAPACIDAD ABSOLUTA PERMANENTE PARA CUALQUIER TIPO DE ACTIVIDAD LABORAL: Es la contingencia que, a consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad ocupacional, genera en el trabajador o trabajadora una disminución total y definitiva mayor o igual al sesenta y siete por ciento (67%) de su capacidad física, intelectual o ambas, que lo inhabilita para realizar cualquier tipo de oficio o actividad laboral.

GRAN DISCAPACIDAD: Es la contingencia que, a consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad ocupacional, obliga al trabajador o trabajadora amparado a auxiliarse de otras personas para realizar los actos elementales de la vida diaria.

DERECHOHABIENTE: Persona natural que deriva su derecho de otra.

CLÁUSULA 3.- RIESGOS CUBIERTOS – COBERTURA BÁSICA.

La Empresa de Seguros indemnizará al Asegurado por los montos que esté obligado a pagar a los trabajadores, trabajadoras y aprendices o a sus derechohabientes, por las enfermedades ocupacionales o accidentes de trabajo que les ocurran y de los cuales el Asegurado sea responsable, a causa de:

- a) La muerte del trabajador o trabajadora.
- b) Discapacidad absoluta permanente para cualquier tipo de actividad laboral.
- c) Discapacidad total permanente para el trabajo habitual.

- d) Discapacidad parcial permanente mayor del veinticinco por ciento (25%) de su capacidad física o intelectual para la profesión u oficio habitual.
- e) Discapacidad parcial permanente de hasta el veinticinco por ciento (25%) de su capacidad física o intelectual para la profesión u oficio habitual.
- f) Discapacidad temporal.
- g) Gran Discapacidad asociada a la discapacidad absoluta.
- h) Gran Discapacidad asociada a la discapacidad temporal.

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 de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo.

A los efectos de estas indemnizaciones, el salario base para el cálculo de las mismas será el salario integral devengado en el mes de labores inmediatamente anterior.

CLÁUSULA 4.- COBERTURAS OPCIONALES.

El Tomador o El Asegurado podrá contratar opcionalmente cualquiera de las coberturas que a continuación se mencionan, mediante el pago de la prima adicional correspondiente, la cual es exigible al momento de la entrega del Anexo correspondiente y el Cuadro Póliza-Recibo con indicación expresa de las coberturas contratadas.

- a) Gastos de Entierro.
- b) Atención Médica Integral.
- c) Responsabilidad del Asegurado por Negligencia.
- d) Gastos de Asistencia Legal y Defensa Penal.

CLÁUSULA 5.- EXCLUSIONES.

Esta póliza no cubre:

- a) Multas por infracciones administrativas en materia de seguridad y salud en el trabajo;
- b) Pagos de indemnizaciones como consecuencia de la violación de la normativa legal en materia de seguridad y salud en el trabajo por parte del empleador o de la empleadora;
- c) Cuando el accidente de trabajo hubiese sido provocado intencionalmente por la víctima;
- d) Cuando el accidente de trabajo sea debido a fuerza mayor extraña al trabajo, si no se comprobare la existencia de un riesgo especial;
- e) Los accidentes de trabajo o las enfermedades ocupacionales cuando se trate de personas que ejecuten trabajos ocasionales ajenos a la empresa del empleador o empleadora;

- f) Los accidentes de trabajo o las enfermedades ocupacionales cuando se trate de personas que ejecuten trabajos por cuenta del empleador o empleadora en sus domicilios particulares;
- g) Los accidentes de trabajo o las enfermedades ocupacionales 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;
- h) Efectos producidos por contaminación radioactiva.
- i) Efectos producidos por las radiaciones nucleares o atómicas y sus consecuencias.
- j) Aquellos hechos que pudiendo ser considerados como enfermedades ocupacionales o accidentes de trabajo, se originaron por la participación activa de la víctima en duelos, riñas, desafíos, apuestas o concursos de cualquier naturaleza.
- k) Cuando el accidente de trabajo hubiese sido por estar el trabajador o trabajadora bajo el efecto de alguna droga, no indicada como terapéutica por un médico;
- l) Cuando el accidente de trabajo sobrevenga por actos de guerra, invasión, hostilidades o insurrección.

CLÁUSULA 6.- OTRAS EXONERACIONES DE RESPONSABILIDAD.

El Asegurador queda exento de toda responsabilidad de los accidentes de trabajo y de las enfermedades ocupacionales:

Cuando la víctima hubiere quedado en estado de hacer la notificación del siniestro y no la hubiese hecho dentro del plazo indicado en la Cláusula 7 de estas Condiciones Particulares (Notificación del Siniestro).

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 ocupacionales se negaren reiteradamente a someterse a las disposiciones, regímenes y tratamientos que indiquen los facultativos que presten la asistencia.

CLÁUSULA 7.- NOTIFICACIÓN DEL SINIESTRO AL ASEGURADO.

Los accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales deben notificarse dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a aquélla en que ocurre el accidente o se diagnostique la enfermedad ocupacional por la víctima, si ésta estuviere en estado de hacerlo, sus familiares, el Comité de Seguridad y Salud Laboral, otro trabajador o trabajadora, o el

sindicato, al Asegurado, a su representante u oficina local, o al encargado de dirigir los trabajos donde hubieren ocurrido.

CLÁUSULA 8.- 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 9.- PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES PARA RECLAMAR LAS INDEMNIZACIONES POR ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD OCUPACIONAL.

Las acciones para reclamar las indemnizaciones a la Empresa de Seguros por accidentes de trabajo o enfermedades ocupacionales prescriben a los cinco (5) años, contados a partir de la fecha de la terminación de la relación laboral, o de la certificación del origen ocupacional del accidente o de la enfermedad por parte de la unidad técnico administrativa del Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales correspondiente, lo que ocurra primero.

CLÁUSULA 10.- PARTICIPACIÓN DE CUERPOS POLICIALES U OTROS ORGANISMOS.

En caso de accidente de trabajo que amerite la intervención de los cuerpos policiales u otros organismos, El Asegurado se compromete a informar por escrito al Asegurador, de las actuaciones de dichas autoridades.

CLÁUSULA 11.- CÓMPUTO DE LA PRIMA.

Al inicio de cada período de vigencia de la póliza se determinará una prima calculada sobre la base de las estimaciones de las remuneraciones de los trabajadores para ese período.

La prima definitiva será computada, sobre la remuneración total que, durante el plazo de la Póliza, devenguen los trabajadores por el Asegurado.

Al finalizar la vigencia de la Póliza, la suma exacta devengada por los trabajadores durante dicho plazo debe ser señalada al Asegurador por el Asegurado y la prima cobrada se ajustará de acuerdo con estos datos. Si la prima definitiva computada de esta manera, es mayor que la prima cobrada, el Asegurado pagará contra la entrega del correspondiente Cuadro Póliza-Recibo la cantidad debida al Asegurador, y si fuere menor, el Asegurador reintegrará, al Asegurado, la cantidad sobrante.

CLÁUSULA 12.- DERECHOS DEL ASEGURADOR.

El Asegurador tendrá derecho en cualquier momento, 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 períodos en que esta Póliza estaba en vigencia.

CLÁUSULA 13.- 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 14.- 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 de trabajo.

CLÁUSULA 15.- 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 16.- INGRESOS Y EGRESOS DE TRABAJADORES.

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

CLÁUSULA 17.- DEBERES DEL TOMADOR O ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO.

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

1. Emplear los medios a sus 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 enfermedad ocupacional.
 - 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.
 - c. Una relación de cualesquiera otros Seguros vigentes sobre las mismas coberturas.

Firma del Tomador

Firma Autorizada por
Seguros Horizonte, S.A.