

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL CONDICIONES GENERALES

CLAUSULA 1.- OBJETO DEL SEGURO.

Mediante este seguro de daños la Empresa de Seguros se compromete a cubrir los riesgos mencionados en las condiciones particulares y a indemnizar al Asegurado el monto por el cual él sea legalmente responsable frente a sus obreros, empleados, aprendices o a sus causahabientes, por los accidentes y por las enfermedades profesionales, hasta por la suma asegurada indicada como límite en el Cuadro-Recibo de la Póliza.

CLAUSULA 2.- DEFINICIONES.

EMPRESA DE SEGUROS O ASEGURADOR: ZURICH SEGUROS, S. A. En adelante denominada la Empresa de Seguros, Registro de Información Fiscal (R.I.F.) No. J-00034024-2, debidamente inscrita en el Registro Mercantil Segundo de la Circunscripción Judicial del Distrito Federal y Estado Miranda en fecha 9 de agosto de 1951, bajo el No. 672 del Tomo 3-C, e inscrita su modificación de cambio de nombre en fecha 25 de abril de 2001, bajo el No. 58, Tomo 72-A-sgdo; con ubicación de su Sede Principal en la Avenida Francisco de Miranda, Torre Seguros Sud América, pisos 7 y 8, Urbanización El Rosal, Caracas; quien asume los riesgos cubiertos en las condiciones particulares y anexos de la 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 en sus bienes o en sus intereses económicos 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-Recibo de la póliza, recibo de prima y los anexos que se emitan para complementarla o modificarla.

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

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.

DEDUCIBLE: Cantidad indicada en el Cuadro-Recibo de la póliza que deberá asumir el Asegurado y en consecuencia no será pagada por la Empresa de Seguros en caso de ocurrencia de un siniestro cubierto por la póliza.

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

CLAUSULA 3.- EXCLUSIONES GENERALES.

Esta póliza no cubre:

- 1. La pérdida o daño que sufran los bienes asegurados si provienen del vicio propio o intrínseco del bien asegurado.**



ZURICH[®]

Zurich Seguros, S.A.

Inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el N° 29

2. **La pérdida o daño que sufran los bienes asegurados originado por hechos de guerra, insurrección, movimientos telúricos, inundación, terrorismo, motín o conmoción civil, daños maliciosos y cualquier hecho que las leyes califiquen como delitos contra la seguridad interior del Estado.**
3. **Las pérdidas de las ganancias producidas, como consecuencia del siniestro.**

CLÁUSULA 4.- 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 Tomador o el Asegurado actúa con culpa grave o si el siniestro ha sido ocasionado por culpa grave del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario. No obstante, la Empresa de Seguros estará obligada al pago de la indemnización si el siniestro ha sido ocasionado en cumplimiento de deberes legales de socorro o en tutela de intereses comunes con la Empresa de Seguros en lo que respecta a la póliza.**
4. **Si el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario no empleare los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del siniestro, siempre que este incumplimiento se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o engañar a la Empresa de Seguros.**
5. **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.**
6. **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.**
7. **Si el Tomador intencionalmente omitiere dar aviso a la Empresa de Seguros sobre la contratación de pólizas que cubran los mismos riesgos o si hubiese celebrado el segundo o los posteriores seguros con el fin de procurarse un provecho ilícito.**
8. **Otras exoneraciones de responsabilidad que se establezcan en las condiciones particulares y anexos de la póliza.**

CLÁUSULA 5.- 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-Recibo de la póliza, con indicación de la fecha en que se emita, la hora y día de su iniciación y vencimiento.

CLÁUSULA 6.- 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 prórroga no procederá si una de las partes notifica a la otra su voluntad de no prorrogar, mediante una notificación 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 7.- 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 8.- 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 Recibo o Recibo de Prima 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 9.- DECLARACIONES FALSAS EN LA SOLICITUD.

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 seguros, 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 póliza cubra varios bienes o intereses y la reserva o inexactitud se contrajese sólo a uno o varios de ellos, la póliza subsistirá con todos sus efectos respecto a los 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.

CLAUSULA 10.- TERMINACIÓN ANTICIPADA.

La Empresa de Seguros podrá dar por terminada esta póliza, con efecto a partir del decimosexto (16°) 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 cuando la indemnización sea por pérdida total.

CLAUSULA 11.- PLURALIDAD DE SEGUROS.

Cuando un interés estuviese asegurado contra el mismo riesgo por dos o más aseguradoras, aun cuando el conjunto de las sumas aseguradas no sobrepase el valor asegurable, 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, contado 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 la cuantía del daño. 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 corresponda, 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.

En caso de contrataciones de buena fe de una pluralidad de seguros, incluso por una suma total superior al valor asegurable, esta póliza será válida y obligará a la Empresa de Seguros a pagar hasta el valor del daño sufrido, 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 Beneficiario no podrá 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.

CLAUSULA 12.- PAGO DE INDEMNIZACIONES.

La Empresa de Seguros tendrá la obligación de indemnizar el monto de la pérdida, destrucción o daño 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 Tomador, el Asegurado o el Beneficiario, salvo por causa extraña no imputable a la Empresa de Seguros.

CLAUSULA 13.- 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.

CLAUSULA 14.- 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 arbitraje por ante la Superintendencia de Seguros será obligatorio en los casos cuya cuantía no exceda de doscientas cincuenta unidades tributarias (250 U.T.). El laudo arbitral será de obligatorio cumplimiento.

CLAUSULA 15.- 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 anterior, si no lo hubiere hecho antes de transcurrir el plazo que se señala a continuación:

- 1. En caso de rechazo del siniestro, un (1) año contado a partir de la fecha de notificación del rechazo.**
- 2. 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.

CLAUSULA 16.- 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.

CLAUSULA 17.- SUBROGACIÓN DE DERECHOS.

La Empresa de Seguros queda subrogada de pleno derecho, hasta la concurrencia del monto indemnizado, en los derechos y acciones del Asegurado o del Beneficiario contra los terceros responsables.

Salvo el caso de dolo, la subrogación no se efectuará si el daño hubiese sido causado por los descendientes, por el cónyuge, por la persona con quien mantenga unión estable de hecho, por otros parientes del Asegurado o personas que convivan permanentemente con él o por las personas por las que deba responder civilmente.

El Asegurado o Beneficiario no podrá, en ningún momento, renunciar a sus derechos de recobrar de otras personas los daños y pérdidas que éstas le hubiesen ocasionado, so pena de perder todo derecho a indemnización bajo la póliza.

En caso de siniestro, el Asegurado o Beneficiario está obligado a realizar a expensas de la Empresa de Seguros los actos que ésta razonablemente le exija o que sean necesarios, con el objeto de que la Empresa de Seguros ejerza los derechos que le correspondan por subrogación, sean antes o después del pago de la indemnización.

CLÁUSULA 18.- 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 5 y 8 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.

CLAUSULA 19.- 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.

CLAUSULA 20.-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 seguros, a cuya jurisdicción declaran las partes someterse.

CONDICIONES PARTICULARES

CLAUSULA 1.- RIESGOS CUBIERTOS

La Empresa de Seguro mediante la presente Póliza se compromete a cubrir al Asegurado en virtud de la responsabilidad que le impone el Título VIII de la Ley Orgánica del Trabajo, por las indemnizaciones que éste tenga que efectuar a cualquiera de sus obreros, empleados y/o aprendices ocupados por él, por los accidentes y por las enfermedades profesionales, ya provengan del servicio mismo o con ocasión directa de él, ocurridos durante la vigencia de esta Póliza.

Las consecuencias de los accidentes o de las enfermedades profesionales que dan derecho a la indemnización, quedan clasificadas así:

1. La muerte
2. Incapacidad absoluta y permanente



ZURICH[®]

Zurich Seguros, S.A.

Inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el N° 29

3. Incapacidad absoluta y temporal
4. Incapacidad parcial y permanente y
5. Incapacidad parcial y temporal.

No se considerarán como incapacidades, 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 de contraer la enfermedad.

La presente Cobertura también incluye derecho a la asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica que sea necesaria como consecuencia de tales accidentes o enfermedades. En caso de muerte, el patrono estará obligado a sufragar los gastos de entierro.

CLAUSULA 2.- INTERPRETACIÓN DE TÉRMINOS.

Para todos los efectos de esta Póliza, los siguientes términos tendrán el significado siguiente:

ACCIDENTES 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 puede 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, sobrevenida en las mismas circunstancias.

ENFERMEDAD PROFESIONAL: Es un estado patológico contraído con ocasión del trabajo o por exposición al ambiente en que el trabajador se encuentre obligado a trabajar y el que pueda ser originado por la acción de agentes físicos, químicos o biológicos, condiciones económicas o meteorológicas. Igualmente, cualquier factor psicológico o emocional que se manifieste por una lesión orgánica, trastorno enzimático o bioquímico, temporal o permanente.

CLAUSULA 3.- LÍMITE DE RESPONSABILIDAD.

El límite máximo de responsabilidad de la Empresa de Seguros está determinado en cada caso, por lo establecido en la Ley Orgánica del Trabajo en su Título VIII, a saber:

1. En caso de accidente o enfermedad profesional que ocasionen la muerte, los parientes del difunto a que se contrae la Ley, tienen derecho a una indemnización igual al salario de dos (2) años. Esta indemnización no excederá de la cantidad equivalente a veinticinco (25) salarios mínimos, sea cual fuere la cuantía del salario.
2. En caso de accidente o enfermedad profesional que produzcan incapacidad absoluta y permanente para el trabajo, la víctima tiene derecho a una indemnización equivalente al salario de dos (2) años. Esta indemnización en ningún caso podrá exceder de la cantidad de veinticinco (25) salarios mínimos, sea cual fuere la cuantía del salario.
3. En caso de accidente o enfermedad profesional que produzca incapacidad absoluta y temporal para el trabajo, la víctima del accidente tendrá derecho a una indemnización igual al salario correspondiente a los días que hubiere durado la incapacidad. Esta indemnización no excederá al salario correspondiente a un (1) año.
4. En caso de accidente o enfermedad profesional que produzca incapacidad parcial y permanente, la víctima del accidente tendrá derecho a una indemnización que se fijará teniendo en cuenta el salario y la reducción de la capacidad de ganancia causada por el accidente. Esta indemnización no excederá el salario de un año, ni de la cantidad equivalente a quince (15) salarios mínimos, sea cual fuere la cuantía del salario.
5. Si la enfermedad o el accidente producen una incapacidad parcial y temporal, la víctima tendrá derecho a una indemnización que se fijará teniendo en cuenta el salario, la reducción de la

capacidad causada por el accidente y los días que dure la incapacidad. Esta indemnización no excederá del salario correspondiente a un (1) año.

Para calcular las indemnizaciones que deben pagarse conforme a los párrafos anteriores, se aplicará el salario normal que hubiere tenido derecho a cobrar la víctima el día que ocurrió el accidente o la enfermedad profesional.

Los lapsos establecidos se contarán por días continuos, sin exclusión alguna.

En los casos de trabajo por unidad de obra, por piezas o a destajo o por tarea, el salario para calcular las indemnizaciones que deban pagarse conforme a lo dispuesto en los párrafos precedentes, será el promedio de lo que haya percibido el trabajador en los tres (3) meses inmediatamente anterior al accidente o a la fecha en que quedó imposibilitado para asistir al trabajo por razón de su enfermedad profesional.

La obligación de cubrir los gastos de asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica y los gastos de entierro no excederá de la cantidad equivalente a cinco (5) salarios mínimos y no se descontará de las indemnizaciones que deban pagarse conforme a los párrafos anteriores.

CLAUSULA 4.- EXCLUSIONES.

Quedan exceptuados del presente seguro, los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales que sobrevengan:

- 1. Cuando el accidente hubiese sido provocado intencionalmente por la víctima.**
- 2. Cuando el accidente sea debido a fuerza mayor extraña al trabajo.**
- 3. Cuando se trate de personas que ejecuten trabajos ocasionales ajenos a la empresa del Asegurado.**
- 4. Cuando se trate de personas que ejecuten trabajos por cuenta del Asegurado en sus domicilios particulares.**
- 5. Cuando se trate de los miembros de la familia del propietario de la empresa, que trabajen exclusivamente por cuenta de aquél y vivan bajo el mismo techo.**
- 6. Cuando se trate de personas que estén bajo los beneficios del Seguro Social.**
- 7. Cuando, en caso de siniestro, llegue a comprobarse que el acaecimiento del mismo se debió a la circunstancia de encontrarse la persona o personas afectadas por dicho siniestro, bajo influencia de bebidas alcohólicas o de drogas tóxicas o heroicas.**
- 8. Cuando, en caso de siniestro, llegue a comprobarse que el acaecimiento del mismo se derivó del asbesto, en estado natural o por productos manufacturados con el mismo.**
- 9. Cuando los trabajadores hubieren sido contratados por el Asegurado sin previo examen médico practicado por un médico titular.**
- 10. Asimismo, la Empresa de Seguros no tendrá responsabilidad por la muerte o incapacidad permanente que sobreviniere a los trabajadores después de haberse retirado del empleo del Asegurado.**
- 11. Tampoco la Empresa de Seguros será responsable en caso de reclamos por hernias, efectuados antes de haber transcurrido ocho (8) meses del ingreso del Trabajador a la nómina de la empresa.**

CLAUSULA 5.- EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD.

La empresa de seguros no estará obligada al pago de la indemnización en los siguientes casos:

- 1. Cuando el Asegurado quebrante su obligación de dar fiel y estricto cumplimiento a las disposiciones y normas contenidas en nuestra legislación del trabajo en materia de Seguridad Industrial, de acuerdo con lo indicado en la Cláusula 6, Condiciones de**



ZURICH[®]

Zurich Seguros, S.A.

Inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el N° 29

Cobertura, de esta Póliza.

2. Si se demuestra que el trabajador no cumplió con las prescripciones facultativas que se le hayan indicado, en caso de que se viere obligado a someterse a hospitalización o intervención médico-quirúrgica, de acuerdo con lo indicado en el numeral C de la Cláusula 7, Revisión de Historia Médica Clínica, de esta Póliza.
3. Si el Asegurado o trabajador incumpliere cualquiera de las obligaciones establecidas en la Cláusula 7, Condiciones Especiales en Caso de Reclamo, a menos que el incumplimiento se deba a causa extraña no imputable a él.
4. Si el Tomador o el Asegurado, actuando con dolo o culpa grave no hubiere notificado la agravación del riesgo y sobreviniere el siniestro, de conformidad con lo indicado en la Cláusula 9 de estas Condiciones Particulares.

CLAUSULA 6.- CONDICIONES DE COBERTURA.

Para que cada uno de los obreros, empleados o aprendices quede amparado bajo la presente póliza, es condición indispensable que la Empresa de Seguros esté en posesión del examen médico previo a su contratación como trabajador del Asegurado.

Los honorarios correspondientes a reconocimientos médicos, tanto en ingresos como en egresos, deberán ser satisfechos por el Asegurado. No se admitirá, bajo esta cobertura, a ningún empleado u obrero que, de resultas del examen médico, se le estimare en condiciones inaceptables para el seguro.

El Asegurado se compromete a dar fiel y estricto cumplimiento a las disposiciones y normas contenidas en nuestra legislación del trabajo en materia de Seguridad Industrial.

El Asegurado suministrará a la Empresa de Seguros el día quince (15) de cada mes, una relación completa de las remuneraciones pagadas a todo el personal durante el mes anterior. Estas relaciones mensuales servirán de base para el cálculo de la prima definitiva. El seguro quedará sin efecto si el Asegurado faltare a su obligación de declarar el monto de salarios pagados dentro de los quince (15) días siguientes al vencimiento del mes que se tratare.

Si la prima así calculada fuere más alta que el depósito provisional, el Asegurado pagará a la Empresa de Seguros la diferencia entre la prima definitiva y el monto del depósito provisional, si la prima definitiva fuere menor que el monto del depósito provisional, la Empresa de Seguros devolverá al Asegurado la diferencia entre dicha prima y el depósito provisional.

CLAUSULA 7.- CONDICIONES ESPECIALES EN CASO DE RECLAMO.

a. Aviso de Siniestro:

Al ocurrir cualquier siniestro o reclamación, el Asegurado deberá:

1. Presentar la denuncia respectiva a las autoridades competentes inmediatamente o a más tardar dentro de los dos (2) días hábiles siguientes de haber conocido su ocurrencia.
2. Dar aviso a la Empresa de Seguros, dentro de los cinco (5) hábiles siguientes de haber tenido conocimiento del hecho. Asimismo, dentro de los próximos quince (15) días hábiles siguientes a la notificación o dentro de cualquier plazo mayor que le hubiere concedido la Empresa de Seguros, suministrarle un informe escrito con todas las circunstancias relativas al siniestro y los recaudas pertinentes que ella razonablemente pueda exigir.
3. Proporcionar a la Empresa de Seguros, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de producirse cualquier pago, ocasionado por cualquier siniestro o reclamo, efectuado al trabajador, centro hospitalario o cualquier persona natural o jurídica, los comprobantes originales de dichos pagos.

b. Informes Médicos e Indagación del Siniestro o Reclamo:

El Asegurado, sus representantes, beneficiarios o trabajadores se comprometen a suministrar a la Empresa de Seguros y a los médicos que ella designe, toda clase de informes sobre cualquier siniestro sufrido y el régimen de cura, así como someterse a los reconocimientos que dichos médicos crean necesarios para conocimiento de la Empresa de Seguros. Igualmente, deberán suministrar toda la información que sea necesaria a fin de lograr el esclarecimiento de todos los hechos.

c. Revisión de Historia Médica Clínica:

En caso de que el trabajador, como consecuencia de cualquier siniestro se viera obligado a someterse a hospitalización o intervención médico-quirúrgica, el Asegurado deberá dar aviso a la Empresa de Seguros dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes de haber conocido el ingreso del mismo a cualquier centro hospitalario. Asimismo, el trabajador autoriza a los médicos que la Empresa de Seguros designe para la revisión de la historia médica clínica.

d. Condiciones Especiales en Caso de Reclamo por Hernia

1. Caso de Emergencia:

Dar aviso a la Empresa de Seguros dentro del plazo máximo de cinco (5) días hábiles siguientes de haberse presentado la emergencia, indicando la clínica donde se encuentra recluido el trabajador.

El Asegurado y el Trabajador autorizan a la Empresa de Seguros y al médico designado por ésta, para revisar la historia médica elaborada por la clínica donde se efectuó la intervención, a fin de realizar la correspondiente evaluación del caso.

2. Caso Selectivo:

Al tener conocimiento del caso, dar aviso a la Empresa de Seguro en un plazo no mayor de cinco (5) días hábiles siguientes, conjuntamente con un presupuesto de la clínica donde se efectuará la intervención.

El Asegurado dará a la Empresa de Seguros un plazo de tres (3) días hábiles para que el médico designado por ésta, realice una evaluación al trabajador. En caso de pasar los tres (3) días hábiles establecidos sin que el Trabajador haya sido evaluado, el Asegurado quedará facultado para ordenar la intervención quirúrgica. En caso de que el médico designado por la Empresa de Seguros determine que no existe hernia, éste realizará una junta o reunión médica con el médico que determinó la hernia al Trabajador, para llegar a un diagnóstico final.

CLAUSULA 8.- INDEMNIZACIONES.

El límite máximo de responsabilidad de la Empresa de Seguros indemnizable bajo esta Póliza, es la suma que se estipule en cada caso en el Cuadro-Recibo de la misma, quedando a cargo del Asegurado cualquier exceso sobre el límite o límites aplicables.

El límite aplicable a cada periodo de vigencia, según éste aparece en el Cuadro-Recibo de esta Póliza, constituirá la suma máxima pagadera por la Empresa de Seguros durante cada periodo separable de vigencia de esta Póliza; no obstante el número de periodos de vigencia de esta Póliza, este límite no podrá ser acumulado de periodo en periodo.

La inclusión y/o designación en esta Póliza de más de un Asegurado no causa aumento alguno en los límites de responsabilidad de la Empresa de Seguros estipulados en el Cuadro-Recibo de esta Póliza.

CLAUSULA 9.- AGRAVACIÓN DEL RIESGO.

El Tomador o el Asegurado deberá, durante la vigencia del contrato, comunicar a la Empresa de Seguros todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que, si hubieran sido



ZURICH[®]

Zurich Seguros, S.A.

Inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el N° 29

conocidas por ésta en el momento de la celebración del contrato, no lo habría celebrado o lo habría hecho en otras condiciones. Tal notificación deberá hacerla dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha en que hubiera tenido conocimiento.

Al ser notificada la Empresa de Seguros de la agravación del riesgo, ésta dispone de un plazo de quince (15) días continuos para proponer la modificación del contrato o para notificar su rescisión. Notificada la modificación al Tomador, éste deberá dar cumplimiento a las condiciones exigidas en un plazo que no exceda de quince (15) días continuos, en caso contrario se entenderá que el contrato ha quedado sin efecto a partir del vencimiento del plazo.

En el caso de que el Tomador o el Asegurado no haya efectuado la declaración y sobreviniere un siniestro, el deber de indemnización de la Empresa se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

Cuando el contrato se refiera a varias cosas o intereses y el riesgo se hubiese agravado respecto de uno o algunos de ellos, el contrato subsistirá con todos sus efectos respecto de los restantes, en este caso, el Tomador deberá pagar, al primer requerimiento, el exceso de prima eventualmente debida. Caso contrario, el contrato quedará sin efecto solamente con respecto al riesgo agravado.

Se considerará como agravaciones del riesgo que deben ser notificadas por el Asegurado a la Empresa de Seguros, los siguientes hechos:

1. Cambios en la actividad declarada por el Asegurado y/o el Tomador que agraven el riesgo.
2. La adquisición o arrendamiento, manejo, manipulación, depósito de equipos, sustancias, mercancías, materiales o cualquier otro elemento no relacionado con la actividad declarada por el Asegurado y/o el Tomador.
3. Trabajos de demolición o reforma efectuados en los predios descritos en la Póliza que agraven el riesgo.
4. Cambios en la ubicación del riesgo que agraven el mismo.

Cuando la agravación del riesgo dependa de un acto del Tomador o del Asegurado y que sea indicada en la Póliza, debe ser notificada a la Empresa de Seguros antes de que se produzca.

CLAUSULA 10.- AGRAVACIONES DEL RIESGO QUE NO AFECTAN EL CONTRATO.

La agravación del riesgo no producirá los efectos previstos en la Cláusula precedente en los casos siguientes:

1. Cuando no haya tenido influencia sobre el siniestro ni sobre la extensión de la responsabilidad que incumbe a la Empresa de Seguros.
2. Cuando haya tenido lugar para proteger los intereses de la Empresa de Seguros, con respecto de la Póliza.
3. Cuando se haya impuesto para cumplir el deber de socorro que le impone la ley.
4. Cuando la Empresa de Seguros haya tenido conocimiento por otros medios de la agravación del riesgo y no haya hecho uso de su derecho de rescindir el contrato en el plazo de quince (15) días continuos.
5. Cuando la Empresa de Seguros haya renunciado expresa o tácitamente al derecho de proponer la modificación del contrato o resolverlo unilateralmente por esta causa. Se tendrá por hecha la renuncia a la propuesta de modificación o resolución unilateral si no la lleva a cabo en el plazo señalado en la Cláusula anterior.

CLAUSULA 11.- DISMINUCIÓN DEL RIESGO.

El Tomador o el Asegurado podrá, durante la vigencia del contrato, poner en conocimiento de la



ZURICH[®]

Zurich Seguros, S.A.

Inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el N° 29

Empresa de Seguros todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento del perfeccionamiento del contrato, lo habría celebrado en condiciones más favorables para el Tomador. La Empresa de Seguros deberá devolver la prima cobrada en exceso por el período que falte por transcurrir, en un plazo de quince (15) días hábiles contados a partir de la notificación, deducida la comisión pagada al intermediario de seguros.

CLAUSULA 12.- TRASPASOS

En caso de que el negocio, inmueble o actividad objeto del presente Seguro fuera transferido o traspasado por cualquier causa, la Póliza caducará en todos los efectos, a no ser que el Asegurado haya obtenido previamente el consentimiento por escrito de la Empresa de Seguros para dicho traspaso o transferencia.

Igualmente quedará sin efecto la Póliza, en caso de cesación de pago o quiebra del Asegurado o del Tomador.

EL TOMADOR

LA EMPRESA DE SEGUROS