

SEGURO DE RIESGOS PROFESIONALES

CONDICIONES GENERALES

De conformidad con el Artículo 729 del Código de Comercio, si el contratante del seguro o asegurado no estuviere de acuerdo con los términos del contrato suscrito o póliza emitida por la institución de seguros, podrá resolverlo dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha en que la hubiere recibido, si no concordare con los términos de su solicitud. En el mismo plazo podrá solicitar la rectificación del texto en lo referente a las condiciones especiales del contrato. El silencio se entenderá como conformidad con la póliza o contrato.

CLÁUSULA 1: COBERTURA

De acuerdo con los términos en que fue solicitado el seguro, bajo las condiciones abajo descritas y conforme a lo establecido en la Ley en cuanto no esté previsto en este Contrato, la Aseguradora asume la responsabilidad patronal que resulte al Asegurado como consecuencia de la realización de los siguientes riesgos:

ACCIDENTES DE TRABAJO:

Esta cobertura ampara al trabajador nombrado en el listado entregado periódicamente a la Aseguradora por el Asegurado, ante la ocurrencia durante la vigencia de la cobertura de los siguientes riesgos:

- a) Muerte (incluyendo gastos del funeral): Fallecimiento del trabajador por un accidente mientras esté prestando servicios al Asegurado de acuerdo a las características del puesto para el que fue contratado, o en mientras se traslada al lugar de trabajo.**
- b) Incapacidad total permanente: La Aseguradora cubrirá la incapacidad total permanente, según lo definido en esta póliza, cuando sea originada por un siniestro cubierto durante la vigencia de la póliza.**
- c) Incapacidad Parcial Permanente: La Aseguradora cubrirá la incapacidad parcial permanente, según lo definido en esta póliza, cuando sea originada por un siniestro cubierto durante la vigencia de la póliza.**
- d) Incapacidad Temporal: La Aseguradora cubrirá la incapacidad temporal, según lo definido en esta póliza, cuando sea originada por un siniestro cubierto durante la vigencia de la póliza.**

e) Asistencia Médica, Hospitalización y Servicios farmacéuticos: Incluye Consultas, Curaciones, Operaciones, Hospitalización, Servicios de Especialistas, Rayos X y Aparatos de Fisioterapia, Material de Curación, Medicinas y Aparatos Ortopédicos con la extensión a que se refiere la Ley. Solo con consentimiento expreso de la Aseguradora se cubrirán estos riesgos cuando se realicen fuera de la República de Honduras.

El monto máximo a indemnizar para esta cobertura e) será el que se indique en las Condiciones Particulares de la póliza.

SUMA ASEGURADA

De acuerdo con los riesgos cubiertos antes descritos y siempre que se establezca previamente la responsabilidad patronal del Asegurado, la Aseguradora se obliga a pagar, calculadas sobre el salario que debe servir de base conforme a lo establecido en la Ley, las siguientes indemnizaciones:

EN CASO DE MUERTE	620 DÍAS
PARA GASTOS DEL FUNERAL	30 DÍAS
PARA CASO DE INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE	620 DÍAS
EN CASO DE INCAPACIDAD PARCIAL PERMANENTE, EL PORCENTAJE ESTABLECIDO EN LA LEY CALCULADO SOBRE	620 DÍAS
EN CASO DE INCAPACIDAD TEMPORAL, así como durante el tiempo que dure la curación del trabajador a quien resulte una incapacidad total o parcial permanente y hasta la fecha en que sea declarada una u otra, o sobrevenga la muerte.	
A partir del primer día del Accidente 75% de los salarios, sin que el plazo total durante el cual perciba el trabajador este porcentaje exceda de un año.	

La responsabilidad de la Aseguradora en cuanto al pago de indemnizaciones por Incapacidad Parcial Permanente, Incapacidad Total Permanente, Muerte y demás gastos fúnebres, subsistirá solamente:

En accidente de trabajo, durante un (1) año posterior a la fecha en que ocurran estos.

En enfermedades profesionales, durante un (1) año a contar desde la fecha en que el beneficiario se presente a recibir atención médica de acuerdo con lo establecido en la Ley.

En caso de muerte, la indemnización y lo pactado para gastos fúnebres se pagará siempre que en el momento de ocurrir la defunción esté en vigor la póliza.

En cuanto a las demás indemnizaciones, la responsabilidad de la Aseguradora solo subsistirá durante los plazos pactados y mientras no fallezca el trabajador.

RESPONSABILIDAD CIVIL:

La Aseguradora cubrirá las reclamaciones judiciales que el Asegurado esté condenado civilmente a pagar con motivo del cumplimiento de las prestaciones relacionadas con las coberturas de este Contrato. Serán por cuenta de la Aseguradora los gastos y los costos que origine la defensa legal de dichas reclamaciones.

El monto máximo a indemnizar para esta cobertura será el que se indique en las Condiciones Particulares de la póliza.

CLÁUSULA 2: EXCLUSIONES

- a) Sin perjuicio de lo establecido en la Cláusula 3 “Riesgos Excluidos que pueden ser Cubiertos Mediante Convenio Expreso”, la Aseguradora solo asume la responsabilidad con respecto a Enfermedades Profesionales propias de la industria a que se dedica el patrono y consideradas como tales según la Tabla de Ley y cuando estas se hayan iniciado posteriormente al día y hora en que entre en vigor esta póliza.
- b) Esta póliza solo cubre la responsabilidad patronal originada por el daño físico que sufran en su persona los trabajadores, por lo que expresamente se excluye el riesgo profesional consistente en la pérdida de la libertad.
- c) La Aseguradora no adquiere responsabilidad alguna con respecto a la reducción o readaptación del trabajador. En consecuencia, la Aseguradora dejará de pagar la indemnización por incapacidad temporal y no estarán a su cargo las demás erogaciones complementarias, a partir de la fecha en que el Médico Oficial de por terminada la curación, concurren las siguientes circunstancias:

I. Que al trabajador no le haya resultado una incapacidad total o parcial permanente.

II. Que, además, el trabajador tenga una imposibilidad permanente para dedicarse a su ocupación primitiva o que, siendo transitoria, desaparezca en un plazo imprevisible y fuera del proceso normal de recuperación llamado “convalecencia”.

Lo anteriormente dicho prevalecerá aun cuando al Asegurado no le sea posible reeducar, readaptar o proporcionar a un trabajador cualquiera otra ocupación que esté de acuerdo con su capacidad.

- d) La Aseguradora sólo cubre el riesgo profesional que ocurra fuera del sitio en que el trabajador desarrolle la actividad para la cual fue contratado, cuando la realización del mismo sea una consecuencia del peligro poco común y propio del camino, paso o sitio que tenga que recorrer forzosamente el trabajador para trasladarse de su habitación al trabajo o entre los diversos lugares donde debe cumplir sus obligaciones o cuando con estos objetos, utilice medios de transporte organizados por el patrono o de los que este sea propietario.
- e) La Aseguradora no tendrá responsabilidad alguna:
- I. Cuando el riesgo cubierto por esta póliza ocurra encontrándose el beneficiario en estado de embriaguez, o bajo la acción de algún narcótico o droga enervante, aunque el patrono o su representante le hayan permitido al trabajador el ejercicio de sus funciones.
 - II. Cuando el beneficiario se ocasione deliberadamente una incapacidad por si solo o de acuerdo con otra persona. En este caso la obligación cesará en el momento que se demuestre la culpabilidad.
 - III. Cuando el riesgo se realice por causa de fuerza mayor extraña al trabajo, entendiéndose por esta, toda fuerza de naturaleza tal que no tenga relación alguna con el ejercicio de la profesión de que se trate y que no agrave simplemente los riesgos inherentes a la actividad a que se dedica el patrono.
 - IV. En los demás casos en que el patrono, en virtud de la Ley, quede exento de responsabilidad por Riesgos Profesionales.

CLÁUSULA 3: RIESGOS EXCLUIDOS QUE PUEDEN SER CUBIERTOS MEDIANTE CONVENIO EXPRESO

Salvo pacto expreso en contrario que se hará constar en el texto de las Condiciones Particulares, cuando se trate de Enfermedades Profesionales, la Aseguradora no asume responsabilidad alguna con respecto a los siguientes padecimientos que quedan excluidos del Seguro, aun cuando la Ley o los Contratos del trabajo las consideren específicamente como Enfermedades Profesionales de la actividad a que se dedican los beneficiarios: cualquier clase de neumoconiosis, tuberculosis pulmonar, silicosis, y demás enfermedades profesionales típicas de los mineros, las que tengan como causa el alcoholismo y el uso de drogas enervantes, los padecimientos venéreos o sifilíticos y las enfermedades que se derivan directa o indirectamente de las mismas, incluyendo principalmente el reumatismo de ese origen, ya sea articular o muscular.

CLÁUSULA 4: FORMAN PARTE DEL CONTRATO

Forman parte del Contrato Completo entre la Aseguradora y el Asegurado, estas Condiciones Generales, sus Condiciones Particulares, la Solicitud de Seguro y en los casos que aplique; las declaraciones del Asegurado en el Formulario de Suscripción y/o Declaración de Salud, así como los endosos que se anexen.

CLÁUSULA 5: DEFINICIONES

ASEGURADO: Es la persona física o jurídica que contrata el seguro, en su condición de patrono.

ASEGURADORA: Seguros Atlántida, S.A., quien asume los riesgos y se obliga en virtud de las coberturas efectivamente contratadas definidas en la presente póliza.

ACCIDENTE DE TRABAJO: Todo suceso imprevisto y repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo y que produzca al trabajador una lesión orgánica o perturbación funcional permanente o pasajera.

BENEFICIARIO: Es la persona física que cuando un riesgo del trabajo produzca la muerte del trabajador tendrá derecho a recibir la indemnización, según lo dispuesto en el artículo 421 del Código de Trabajo.

COMISIÓN: Comisión Nacional de Bancos y Seguros

CONDICIONES GENERALES: Es el conjunto de cláusulas predispuestas, debidamente registradas ante la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, que recoge los principios básicos que regulan el contrato de seguros, como son los derechos, obligaciones, coberturas y exclusiones de las partes contratantes.

CONDICIONES PARTICULARES: Es el conjunto de cláusulas que particularizan un contrato de seguros, según aspectos relativos al riesgo individualizado que se asegura, datos del Asegurado, vencimiento del contrato, periodicidad del pago de primas e importe de las mismas, riesgos cubiertos, límites de edad, cláusulas especiales, exclusiones y deducibles.

ENFERMEDAD PROFESIONAL: Se entiende por enfermedad profesional todo estado patológico que sobrevenga como consecuencia obligada de la clase de trabajo que desempeña el trabajador o del medio en que se ha visto obligado a trabajar, bien sea determinado por agentes físicos, químicos o biológicos.

INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE: Incapacidad total permanente es la que inhabilita de un modo absoluto y definitivo al trabajador.

INCAPACIDAD PARCIAL PERMANENTE: Incapacidad parcial permanente es la disminución de las facultades de un individuo por haber sufrido la pérdida o paralización de algún miembro, órgano o función del cuerpo.

INCAPACIDAD TEMPORAL: Incapacidad temporal es la que impide al trabajador dedicarse a sus labores habituales durante un período limitado de tiempo que no exceda de un (1) año, siempre que al terminar su curación quede apto para el trabajo.

LA LEY: Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros

LISTA DE RAYA: Es una modalidad para contratar personal no calificado o de mano de obra directa en una empresa. El período de tiempo en el que se contrata a estas personas suele ser corto e incluso es útil para cubrir todas aquellas eventualidades y sucesos repentinos que no pueden medirse en tiempo, sino en magnitud de obra.

MONTO ASEGURADO: Es la estimación de la totalidad de salarios a pagar por el Asegurado a sus trabajadores, durante el período de vigencia asegurado en la póliza.

PRIMA: Contraprestación que, en función del riesgo debe pagar el Asegurado a la Aseguradora en virtud de la celebración del contrato.

PRIMA PROVISIONAL: Es el monto provisional que estima la Aseguradora al inicio de cada período de vigencia de la póliza, como contraprestación por la cobertura de la Póliza que la Aseguradora asume, tomando como base las declaraciones de planilla, proyectos, subcontratos y otros.

RIESGOS PROFESIONALES: son los accidentes o enfermedades a que están expuestos los trabajadores a causa de las labores que ejecutan por cuenta ajena.

SINIESTRO: Acontecimiento futuro e incierto mediante el cual se materializa el riesgo objeto de este contrato de seguro y del cual depende la obligación de indemnizar por parte de la Aseguradora.

TRABAJADOR: Es toda persona física que presta a otra u otras sus servicios materiales, intelectuales o ambos, en virtud de un contrato de trabajo.

CLÁUSULA 6: LÍMITES DE RESPONSABILIDAD

El Límite máximo de responsabilidad de la Aseguradora será igual a la suma estipulada en las Condiciones Particulares de la póliza, sujeto a lo establecido en las Condiciones Particulares y Condiciones Generales de este contrato.

CLÁUSULA 7: BASES DE INDEMNIZACIÓN

Para el cálculo del salario que debe servir de base para el pago de las indemnizaciones, se aplicarán las siguientes reglas:

I.- EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO:

- a) Se tomará como base el salario diario normal que tiene asignado el trabajador por su labor ordinaria, sin tenerse en cuenta el aumento que ese salario pueda tener en los casos en que se presten servicios en horas extraordinarias, o por razón de estar desempeñando en el momento del accidente y fuera de lo normal, un trabajo al que corresponda un salario más elevado.
- b) Cuando se trate de trabajadores que, sin ser destajistas, estén contratados permanentemente para desempeñar servicios que presten durante parte de la jornada ordinaria, se tomará como base el salario real que percibían al servicio del Asegurado durante esas horas de trabajo, en el momento del accidente.
- c) Cuando se trate de trabajadores a destajo, miembros de Cooperativas o de Sindicatos contratantes de trabajo, se dividirá entre treinta (30) el monto de lo que hayan percibido o devengado por trabajo o participaciones durante el mes anterior a la fecha del accidente y el resultado, será la base diaria para el cálculo de la indemnización. A falta de este dato, se tomará como base el promedio diario en la última semana anterior al accidente.

d) Previendo en el caso especial de los aprendices, meritorios y demás trabajadores que por cualquier circunstancia perciban en efectivo un salario inferior al mínimo, se establece como regla general que la Aseguradora solo está obligada a pagar indemnizaciones teniendo en cuenta el salario real que perciben en efectivo los trabajadores, salvo lo establecido en los incisos e) y f) siguientes:

e) Cuando por causa del Accidente, deje el trabajador de recibir del Asegurado la alimentación y el alojamiento inherentes a su empleo, la Aseguradora tomará en cuenta estas prestaciones dentro de la cantidad que sirva de base para el cálculo de la indemnización, siempre que el Asegurado, esté obligado a cubrir dichas prestaciones y que se haya tomado en cuenta el importe de las mismas para el computo de las primas y que el trabajador no esté hospitalizado por cuenta de la Aseguradora.

A menos que el Asegurado por sí mismo o las autoridades del trabajo hayan fijado una base especial para el cómputo de la parte del salario representado por alimentación y alojamiento, se valuarán estas prestaciones en la forma siguiente: Alimentación 35% del salario pagado en efectivo, alojamiento:15% del salario pagado en efectivo.

f) El salario que se tome como base para el cálculo de las indemnizaciones será el devengado por el trabajador en una jornada ordinaria.

II. - En caso de enfermedades profesionales, se seguirán las mismas reglas, pero tomando como base el salario que percibía el trabajador en la fecha en que se inició la enfermedad, mismo día que servirá de partida para calcular el salario medio de los trabajadores a destajo.

CLÁUSULA 8: DECLARACIONES FALSAS O INEXACTAS

El Asegurado está obligado a declarar por escrito a la Aseguradora, de acuerdo con la solicitud y los cuestionarios relativos al seguro, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal y como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del Contrato.

Las declaraciones inexactas y las reticencias del Asegurado, relativas a circunstancias tales que la Aseguradora no habría dado su consentimiento o no lo habría dado en las mismas condiciones si hubiese conocido el verdadero estado de las cosas, serán causas de anulación del contrato, cuando el Asegurado haya obrado con dolo o con culpa grave.

La Aseguradora perderá el derecho de impugnar el contrato si no manifiesta al Asegurado su propósito de realizar la impugnación, dentro de los tres (3) meses siguientes al día en que haya conocido la inexactitud de las declaraciones o la reticencia.

La Aseguradora tendrá derecho a las primas correspondientes al período del seguro en curso en el momento en que pida la anulación y, en todo caso, a las primas convenidas por el primer año. Si el riesgo se realizare antes que haya transcurrido el plazo indicado en el párrafo anterior, no estará obligada la Aseguradora a pagar la indemnización.

Si el seguro concerniere a varias personas, el contrato será válido para aquellas a quienes no se refiere la declaración inexacta o la reticencia, de acuerdo con lo dispuesto en el Artículo 1137 del Código de Comercio.

Si el Asegurado hubiere procedido sin dolo o culpa grave, las declaraciones inexactas o las reticencias no serán causa de anulación del contrato, mediante manifestación que hará el Asegurado dentro de los tres (3) meses siguientes al día en que tuvo conocimiento de la declaración inexacta o de la reticencia.

Si el siniestro ocurriere antes que aquellos datos fueren conocidos por la Aseguradora o antes que ésta haya manifestado su decisión de concluir el contrato, la indemnización se reducirá en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que se habría cobrado si se hubiese conocido la verdadera situación de las cosas.

Se estará además a lo dispuesto en el Artículo 1142 del Código de Comercio.

CLÁUSULA 9: PAGO DE PRIMA

La prima vence en la fecha de celebración del contrato y su pago debe acreditarse por medio de un recibo auténtico de la Aseguradora; los efectos de la póliza cesarán automáticamente treinta (30) días calendario después de la fecha de vencimiento de la prima.

El Asegurado puede optar por pagar la Prima de forma anual o de manera fraccionada, ya sea con periodicidad mensual, trimestral o semestral, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento pactada entre las partes en la fecha de celebración del Contrato.

Las primas convenidas deberán ser pagadas en cualquiera de las oficinas de la Aseguradora, contra entrega de la factura correspondiente. Para ser reconocido por la Aseguradora, la factura deberá quedar

debidamente firmada y sellada por el personal autorizado. No es deber de la Aseguradora dar noticias de los vencimientos de primas y gestionar su cobro, si lo hace, siempre que tenga aviso de los cambios de residencia del Asegurado, esto no sentará precedente alguno de obligación.

CLÁUSULA 10: CÁLCULO DE PRIMA

La prima se calculará aplicando el porcentaje correspondiente a cada riesgo asegurado en sus respectivas clasificaciones, al monto total de los salarios que perciban los trabajadores beneficiarios, durante el tiempo que este en vigor la póliza.

Deberán incluirse para el cálculo de la prima:

- a) El salario de los trabajadores de planta, súper numerarios, suplentes o accidentales, el de los contratados por obra o por tiempo y en general, el de todas las personas que presten servicios al Asegurado.
- b) La suma total pagada por horas extras a todos los trabajadores sin distinción.
- c) La cantidad establecida convencionalmente o por las autoridades del trabajo para valuar la alimentación y alojamiento de los trabajadores, cuando estas obligaciones sean inherentes al salario. A falta de estipulación expresa, la alimentación será estimada en el 35% del salario pagado en efectivo y el alojamiento en el 15% del mismo.

No se incluirá para el cálculo de la prima el monto de los salarios caídos durante el periodo de duración de huelgas o paros. El monto de los salarios caídos deberá acreditarlos el Asegurado a la Aseguradora con el laudo respectivo o en su defecto, con la copia del convenio celebrado o por cualquier otro medio a satisfacción de la misma.

CLÁUSULA 11: PRIMA PROVISIONAL

Se llama prima Provisional a la prima que se calcula para toda la vigencia de la póliza, conforme a lo establecido en la Cláusula 10 “Cálculo de Prima”, pero tomando como base las cantidades manifestadas por el Asegurado al hacer su solicitud, como monto probable de su pago por concepto de salario durante el plazo para el cual solicitó la vigencia del seguro.

I. PRIMA PROVISIONAL: Anexa a la solicitud, el solicitante deberá presentar su lista de raya y manifestar la cantidad que pagó el año anterior a los trabajadores o la que presupuesta pagar durante la vigencia de esta póliza por los conceptos a que se refiere la Cláusula 10 “Cálculo de Prima”.

Sobre la cantidad manifestada se hará provisionalmente el cálculo de la prima correspondiente al tiempo solicitado para la vigencia de esta póliza. Esta cantidad se dividirá entre el número de pagos periódicos convenidos.

El primer día hábil de cada periodo de pago a contar desde la fecha en que entra en vigor esta póliza, el Asegurado deberá pagar a la Aseguradora por adelantado, la fracción de la prima provisional calculada para dicho periodo.

La falta de pago puntual conforme a lo establecido en el párrafo anterior invalidará la exención de pagar la prima provisional en fracciones y se estará a lo dispuesto por Ley, una vez transcurridos los plazos a que se refiere la Cláusula 27 “Período de Gracia” de estas condiciones.

II. INFORME DE SALARIO: Durante los diez (10) días siguientes al fin de cada periodo de pago, el Asegurado remitirá a la Aseguradora en sus formularios de pago, un informe de los salarios que deben servir de base para el cálculo de la prima correspondiente al período de pago transcurrido, conforme a las bases establecidas en la Cláusula 10 “Cálculo de Prima”.

III. AJUSTE DE LA PRIMA: Recibido el informe a que se refiere el punto anterior la Aseguradora procederá a comprobarlo y una vez rectificado o ratificado éste, hará el cálculo de la prima correcta correspondiente al período de pago a que se refiere el informe.

IV. COBRO DE AJUSTE: Si el ajuste fuere mayor que la prima provisional el Asegurado deberá pagar la diferencia en la fecha en que la Aseguradora haga el cobro.

CLÁUSULA 12: VIGENCIA

Este contrato tendrá vigencia durante el período de seguro pactado que aparece en las Condiciones Particulares de esta póliza. El inicio de vigencia será a partir de las 12:00 horas del primer día del período de seguro contratado y la terminación de vigencia será a las 12:00 horas del último día del período de seguro contratado, o antes, en los casos de terminación o rescisión previstos en esta póliza.

CLÁUSULA 13: BENEFICIARIOS

Son beneficiarios del seguro todas aquellas personas con respecto a las cuales se hayan solicitado los beneficios de esta póliza, siempre que no hayan sido rechazadas por la Aseguradora y tengan derecho a reclamar del Asegurado el cumplimiento de una obligación originada por la realización de un riesgo a su cargo, ya sea que tal obligación provenga de la Ley o de los contratos de trabajo.

En caso de muerte de un trabajador amparado bajo esta póliza, tendrán derecho a recibir la indemnización la o las personas mencionadas en la Ley respectiva, según el procedimiento establecido en la misma.

Perderán su carácter de beneficiarios de la póliza aquellos trabajadores cuyo salario sea omitido en todo o en parte por el Patrono en las manifestaciones que debe hacer a la Aseguradora para el computo de la prima y se entenderá con respecto a ellos y durante el tiempo correspondiente a la omisión, que el Asegurado está de acuerdo en asumir su propia responsabilidad, sin que la Aseguradora tenga obligación alguna en estos casos y durante el periodo señalado.

CLÁUSULA 14: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

Son obligaciones del Asegurado las siguientes:

1. Adjuntar en formato electrónico, los datos generales de los trabajadores.
 2. Pagar a la Aseguradora la prima total.
- Informar por escrito a la Aseguradora:
 1. El ingreso al grupo asegurado de nuevas personas en la planilla correspondiente.
 2. La separación definitiva de alguna persona asegurada del grupo asegurado.
 3. La terminación de su calidad como Asegurado.
 - En todos los casos de muerte por accidente o enfermedad profesional, el Asegurado está obligado a gestionar ante las autoridades correspondientes que se practique la autopsia, para poder determinar la causa del fallecimiento. Cuando no se practique la autopsia, será a cargo del Asegurado la obligación de demostrar la causa profesional de la muerte por los medios ordinarios de prueba, requisito sin el cual la Aseguradora no estará obligada a pagar la indemnización.

- El Asegurado se obliga a hacer que se practique, por su cuenta a los trabajadores de planta, un reconocimiento, medico de ingreso y otro cada año. - Del resultado de estos reconocimientos, deberá dar cuenta a la Aseguradora.

SECCIÓN 15: PROHIBICIONES DEL ASEGURADO

Son prohibiciones del Asegurado las siguientes:

1. Presentar información falsa de los trabajadores a la Aseguradora.
2. Apropiarse del monto recibido en concepto de indemnizaciones por parte de la Aseguradora y que pertenecen al trabajador o a sus beneficiarios.

CLÁUSULA 16: AGRAVACIÓN DEL RIESGO

El Asegurado deberá comunicar a la Aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al momento en que las conozca. Si el Asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Aseguradora en lo sucesivo.

La agravación es esencial, cuando se refiere a un hecho importante para la apreciación de un riesgo, de tal suerte que la Aseguradora habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga.

La agravación esencial del riesgo previsto permite a la Aseguradora dar por concluido el contrato. La responsabilidad concluirá quince (15) días después de haber comunicado su resolución al Asegurado.

En el caso de agravación esencial del riesgo sobre algunas de las personas aseguradas, el contrato subsistirá sobre las no afectadas, si se prueba que la Aseguradora las habría asegurado separadamente en idénticas condiciones. Subsistirá sobre todas las cosas, aunque el riesgo se agrave para todas, si el Asegurado paga a la Aseguradora las primas mayores que eventualmente le deba conforme a la tarifa respectiva.

CLÁUSULA 17: AVISO DEL SINIESTRO

Tan pronto como el Asegurado o el beneficiario, tenga conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberá de ponerlo en conocimiento de la Aseguradora.

Salvo disposición contraria en el Código de Comercio, o en la ley orgánica respectiva, el Asegurado o el beneficiario gozará de un plazo máximo de cinco (5) días para el aviso. La falta de éste permitirá disminuir la indemnización a la cuantía que habría abarcado, si el aviso se hubiera dado oportunamente; si la omisión fuere dolosa, para impedir que se comprueben las causas del siniestro, la Aseguradora quedará liberada de sus obligaciones como tal.

En caso de accidente o cuando se manifieste una enfermedad profesional, el Asegurado estará obligado:
I.- A informar inmediatamente a la Aseguradora a más tardar dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la fecha en que tenga conocimientos del hecho, independientemente de los avisos que deban mandarse a las autoridades en virtud de las disposiciones de la Ley.

Este aviso se dará por escrito en las formas especiales que proporciona la Aseguradora y que el Asegurado manifieste conocer.

II.- A prestar a la víctima o víctimas del accidente o enfermedad profesional primeros auxilios y a tomar, desde luego todas las medidas útiles del caso, para evitar la agravación del beneficiario, siempre que éste no pueda ser enviado inmediatamente ante el Medico Oficial de la Aseguradora para su curación. Las cantidades erogadas por este concepto serán reembolsadas por la Aseguradora al Asegurado contra la presentación de los recibos correspondientes que a este efecto haya cubierto y que deberán ser exhibidos dentro de los seis (6) días siguientes, bajo la sanción de no pago a que se refiere el numeral 4 de la Cláusula 30 "Disposiciones Generales"

III.- Además de los avisos a que se refiere el numeral I de esta Cláusula, los que se deben proporcionar con el objeto de que la Aseguradora tenga conocimiento de la realización del riesgo y del derecho constituido a favor del o de los beneficiarios afectados, el Asegurado se obliga a transmitir a la Aseguradora, inmediatamente y a más tardar dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes, cualesquiera reclamaciones judiciales o extrajudiciales hecha con motivo de la realización del riesgo o cualquier emplazamiento ante los tribunales que tengan conexión con la responsabilidad cubierta por esta póliza, así como las cartas, avisos, notificaciones, actas judiciales o extrajudiciales que le sean enviadas

o notificadas, sea a instancia de partes interesadas, sea a instancia de Ministerio del Trabajo o por las Autoridades.

El Asegurado se obliga a ayudar a la Aseguradora por todos los medios a su alcance, para el arreglo amistoso de todas las reclamaciones que formulen los beneficiarios o sus causahabientes o los representantes de unos u otros y a proporcionarle todos los datos y documentos posibles, sea para facilitar las transacciones o para la defensa en caso de juicio.

En todos los casos se deberán presentar los siguientes documentos en original:

1. Copia de la tarjeta de identidad y certificado original del acta de nacimiento del Trabajador.
2. Certificado original del acta de defunción.
3. Certificación médica, expedida por el médico que atendió al trabajador en su última enfermedad o por las consecuencias de accidente, según sea la causa de fallecimiento.
4. En caso de accidente de trabajo, certificación o parte de la autoridad competente que tomó nota en el momento de los hechos.

Incapacidad Total Permanente

En caso de reclamo de la cobertura de Incapacidad Total Permanente, el Asegurado o su representante deberá suministrar los siguientes documentos a fin de probar la cobertura del siniestro:

- a. Original y copia del dictamen Médico decretándose la Incapacidad Total Permanente del trabajador, donde se indique claramente la sintomatología, diagnóstico y evolución cronológica de los padecimientos del trabajador;
- b. En el caso de que el trabajador cuente con cobertura del Instituto Hondureño de Seguridad Social, el trabajador debe presentar el dictamen original de dicho instituto y/o el dictamen médico colegiado conforme a las políticas internas de la Aseguradora. Cuando el trabajador no sea afiliado al IHSS, se considerará solamente el dictamen médico colegiado definido por la Aseguradora.
- c. Historia clínica y exámenes complementarios según lo requiera la Aseguradora.

La Aseguradora tendrá el derecho de exigir del Asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

La Aseguradora no está obligada al pago de las prestaciones establecidas en este seguro si el Asegurado o sus beneficiarios no han presentado la información indicada en esta Cláusula.

Las obligaciones de la Aseguradora quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el párrafo anterior.

CLÁUSULA 18: PLAZOS Y CONDICIONES EN MATERIA DE PAGO DE INDEMNIZACIÓN

De un modo absoluto, las obligaciones de la Aseguradora en materia de pago de indemnizaciones y servicio médico se concederán a los plazos y condiciones establecidos en la Cláusula 1 “Cobertura” y se iniciarán:

a) En accidente de trabajo, a partir del primer día en que ocurra el accidente, pero para los efectos de la indemnización este solo se contará inclusive, cuando el accidente ocurra durante la primera mitad de la jornada ordinaria.

El Asegurado se compromete a remitir al trabajador accidentado al Médico Oficial de la Aseguradora, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al momento en que ocurrió el accidente y en caso contrario, se entenderá que el patrono ha renunciado a los beneficios de esta póliza con respecto a la responsabilidad que provenga del mismo.

Esta obligación subsistirá cuando el accidente ocurra en la población en que radique el Médico Oficial de la Aseguradora o en un lugar que esté a una distancia desde la que pueda llegarse ante éste haciendo uso de las vías normales de transporte, en dos horas o menos, a no ser que el Asegurado pueda demostrar que el trabajador no se presentó ante el Médico Oficial dentro del plazo indicado por causa fortuita o de fuerza mayor.

b) En enfermedades profesionales desde el día en que el enfermo se presente a recibir atención médica de la Aseguradora, pero para los efectos de la indemnización, desde el día en que físicamente o por prescripción de un Médico Oficial de la misma, no pueda desempeñar su trabajo habitual.

El Asegurado está obligado a enviar al enfermo al Médico Oficial de la Aseguradora dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al momento en que tenga conocimiento de la existencia de la enfermedad, sin que pueda servirle de excusa el hecho de que la misma no esté produciendo una incapacidad para el trabajo.

Esta obligación subsistirá cuando la enfermedad ocurra en la población en que radique el médico oficial de la Aseguradora o en un lugar que esté a una distancia desde la que pueda llegarse ante éste haciendo

uso de las vías normales de transporte, en dos (2) horas o menos a no ser que el Asegurado pueda demostrar que el trabajador no se presentó ante el Medico Oficial dentro del plazo indicado, por causa fortuita o de fuerza mayor.

La Aseguradora dejará de tener responsabilidad con respecto a la enfermedad de que se trate y sus consecuencias de cualquier índole, si el Asegurado no cumple con el requisito antes señalado.

c) Tanto en Accidente del Trabajo como en Enfermedades Profesionales, cesará la obligación de la Aseguradora con respecto al pago de indemnizaciones por Incapacidad Temporal, a partir del día que el Medico Oficial declare al trabajador apto para reanudar sus labores o éste las reanude por sí mismo, independientemente de que se le haya dado de alta o no, sin que quede obligada la Aseguradora a pago alguno de indemnización, por Incapacidad Temporal durante el tiempo que transcurra desde la fecha en que sea declarado apto para su trabajo o éste reanude sus labores, hasta aquella en que se le cubra la indemnización de cualquier naturaleza, que se le adeude.

La Aseguradora dejará de tener obligaciones con respecto a los beneficiarios de la póliza, a partir de la fecha en que estos deserten del servicio Médico de la misma, concediéndose, sin embargo, un plazo de gracia para que el Asegurado logre que los desertores regresen a recibir atención dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes. Después del periodo de gracia, la Aseguradora dejará de tener responsabilidad con respecto al padecimiento de que se trate y sus consecuencias, a no ser que el Medico Oficial de la Aseguradora opine que la deserción no ha dado motivo a ninguna agravación ya sea que el trabajador se vuelva a someter al servicio médico de la Aseguradora o no. Al efecto la Aseguradora dará al Asegurado aviso inmediato por escrito de las deserciones ocurridas.

No se considerará como deserción el hecho de que el trabajador deje de estar sometido al Servicio Médico de la Aseguradora, cuando previamente demuestre la causa justificada que lo obliga a ello.

CLÁUSULA 19: TERMINACIÓN ANTICIPADA

El Asegurado podrá dar por terminado el presente Contrato con anterioridad a la fecha de su vencimiento mediante aviso por escrito a la Aseguradora, dentro de los quince (15) días previos a la fecha en que cesará el Contrato. Dado el caso, el Asegurado, tendrá derecho a recuperar la prima pagada no devengada, sin incluir gastos y derechos de póliza. En caso de existir algún siniestro ocurrido durante la vigencia de la póliza no habrá devolución de primas al Asegurado.

Este seguro terminará en el momento que suceda alguno de los siguientes hechos:

a) Solicitud de cancelación por parte del Asegurado.

- b) Por falta de pago o cuando los efectos del contrato hubieren cesado por falta de pago, este contrato de seguro no podrá ser rehabilitado.
- c) Por cualquier causa debidamente justificada por la Aseguradora según los casos previstos por la Ley.

CLÁUSULA 20: EXPIRACIÓN O RESICIÓN DEFINITIVA

La Aseguradora tiene derecho en todo tiempo y aun durante un (1) año posterior a la expiración o rescisión definitiva del Seguro de hacer verificar en el domicilio del Asegurado por representantes de su elección, todos los libros de cajas y de contabilidad, así como las listas de raya y demás documentos relacionados con el pago de salarios, a fin de asegurarse de que los primeros han sido llevados regularmente y que los segundos concuerdan con las declaraciones hechas por el Asegurado.

Cuando se compruebe que, por error numérico, sin mala fe del Asegurado, hay alguna diferencia entre las cantidades pagadas efectivamente y las declaradas, o en la clase de trabajo que con ello se pagó, se liquidará la diferencia que resulta al aplicar correctamente la tarifa, debiéndose cubrir inmediatamente la prima que corresponda a favor de la Aseguradora.

La Aseguradora tiene derecho de hacer visitas a los negocios, fabricas, instalaciones y talleres del Asegurado, a fin de convencerse de que se han tomado las medidas y precauciones en uso para evitar los accidentes y que las leyes, decretos y reglamentos relativos a la seguridad de las personas son observados.

Una vez hecha la inspección a que se refiere el párrafo anterior la Aseguradora está facultada para sugerir las medidas que juzgue convenientes para mayor seguridad de los trabajadores o empleados, con el objeto de disminuir el riesgo o prevenir los accidentes.

CLÁUSULA 21: RENOVACIÓN

Esta póliza podrá ser renovada a solicitud del Asegurado en la fecha de vencimiento bajo la condición que se encuentre al día en los pagos de la prima. La tarifa que aplique en la renovación será la que corresponda de acuerdo a las condiciones vigentes al momento de la renovación.

CLÁUSULA 22: PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán en tres (3) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

El plazo de que trata el párrafo anterior no correrá en caso de omisión, falsa o inexacta declaración sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

Es nulo el pacto que abrevie o extienda el plazo de prescripción fijado en los párrafos anteriores.

Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro, y tratándose de la acción en pago de la prima, por el requerimiento de que trata el artículo 1133 del Código de Comercio.

CLÁUSULA 23: CONTROVERSIAS

Cualquier controversia o conflicto entre las instituciones de seguros y sus contratantes sobre la interpretación, ejecución, cumplimiento o términos del contrato, podrán ser resueltos a opción de las partes por la vía de la conciliación y arbitraje o por la vía judicial.

El sometimiento a uno de estos procedimientos, será de cumplimiento obligatorio hasta obtener el laudo arbitral o sentencia basada en autoridad de cosa juzgada según sea el caso, la Comisión no podrá pronunciarse en caso de litigio o arbitraje salvo a pedido de juez competente o tribunal arbitral.

CLÁUSULA 24: COMUNICACIONES

Cualquier comunicación relacionada con este seguro deberá presentarse por escrito a la Aseguradora en el domicilio de la misma indicado en las Condiciones Particulares de esta póliza o, en su caso, en el lugar que para estos efectos hubiera comunicado aquélla por escrito al Asegurado.

Los comunicados que la Aseguradora deba hacer al Asegurado los realizará en el último domicilio del que haya tenido conocimiento, y para tener validez deberán tener el acuse correspondiente.

CLÁUSULA 25: TERRITORIALIDAD

La presente póliza cubre al Asegurado dentro de los límites territoriales de la República de Honduras.

CLÁUSULA 26: EDAD

La Aseguradora establece para este seguro una edad mínima y máxima de admisión, estableciendo así un rango de edad en que según los criterios de riesgo de la Aseguradora la persona pueda ingresar a formar parte del grupo asegurado. Para formar parte del grupo asegurado se requiere que, al momento de la inscripción, la edad del trabajador esté comprendida entre los dieciocho (18) y sesenta y cinco (65) años.

La Aseguradora también establece una edad máxima de permanencia en la póliza, es decir, la edad máxima en que la Aseguradora renovará el seguro sujeto a las demás condiciones de renovación aplicables. La edad máxima de permanencia en este seguro es de setenta y cinco (75) años. Luego de esta edad el trabajador no podrá formar parte del grupo asegurado, en caso de que le sean cobradas primas luego de esta edad la Aseguradora solo está obligada a devolver el 100% de las primas cobradas.

CLÁUSULA 27: PERÍODO DE GRACIA

Es el plazo de treinta (30) días calendario otorgado por la Aseguradora, contados a partir de la fecha de vencimiento del pago de la prima, dentro del cual la cobertura se mantendrá vigente, sujeto al pago de la prima durante el periodo de gracia.

Si al terminar el periodo de gracia la prima vencida no ha sido pagada o no han sido presentados los recibos de la prima reclamada, esta caducará sin necesidad de aviso o declaración especial. Los efectos del Contrato cesarán retroactivamente automáticamente a las 12:00 horas de la fecha de vencimiento en que la prima debió haber sido pagada.

CLÁUSULA 28: DEDUCIBLE

No aplica deducible para esta póliza.

CLÁUSULA 29: MODIFICACIONES

Toda modificación al contrato deberá de ser solicitado por escrito a la Aseguradora, y para su validez deberá ser aceptada mediante endoso firmado por funcionario autorizado de la Aseguradora que se agregará a la póliza y si procede, actualizará las Condiciones Particulares de la póliza. Los agentes o cualquier otra persona de la Aseguradora carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

CLÁUSULA 30: DISPOSICIONES GENERALES

1. Salvo justificación de imposibilidad por parte del Asegurado como consecuencia de caso fortuito o de fuerza mayor, la Aseguradora quedará desligada desde su origen de todas sus obligaciones con respecto a cada siniestro en que hayan concurrido cualquiera de las siguientes circunstancias:
 - I.-Que el Asegurado no rinda los informes a que se refiere la Cláusula 17 “Aviso del Siniestro” o los rinda fuera del plazo señalado en la misma, o estos contengan inexactitudes que sean atribuibles a mala fe.
 - II.- Que el Asegurado no proporcione a la Aseguradora los informes y datos a que se refiere en la Cláusula 17 “Aviso del Siniestro” o no coopere con ella en la forma que se establece en los numerales 2 y 3 de esta Cláusula. A su elección la Aseguradora podrá rescindir este contrato por cualesquiera de las causas señaladas anteriormente y en todo caso del Asegurado se obliga a rembolsar a la Aseguradora los daños y perjuicios que haya podido sufrir con motivo de cualesquiera de las causas señaladas arriba, los que no podrán ser inferiores, al monto de los gastos y honorarios de abogados pagados por ella con motivo de las gestiones judiciales y extrajudiciales, a que dé lugar la reclamación relativa, así como todos aquellos pagos que tenga que hacer la Aseguradora por falta de conocimiento de los hechos o por falta de elementos para su defensa.
2. La Aseguradora es la única que tiene derecho a la dirección de cualquier transacción o juicio a nombre del Asegurado quien le da desde este momento y por virtud del presente contrato, poder especial para pleitos y cobranzas en la relación con el cumplimiento de las obligaciones amparadas por esta póliza, con todas las facultades generales y las especiales que requieren poder especial conforme la Ley.

El Asegurado se compromete a formalizar este poder en términos de Ley, a extender cuantos testimonios del mismo le solicite la Aseguradora, ya sean notariales o en forma de carta poder y a rectificarlo a petición de la misma.

El Asegurado que sin consentimiento por escrito de la Aseguradora celebre acuerdos, transija o litigue directamente con los beneficiarios, en relación con las responsabilidades que ampara esta póliza, será considerado como habiendo renunciado a las ventajas del contrato, en cuanto a la reclamación discutida, transada o en litigio y obligado por consecuencia a rembolsar a la Aseguradora los daños y perjuicios que haya sufrido y que no serán inferiores al monto de los gastos judiciales y honorarios pagados por ella con este motivo, en la inteligencia de que deberá rembolsar también el importe de las indemnizaciones y gastos de toda índole hechos con motivo del acontecimiento que dio lugar a la reclamación.

Sin embargo, las obligaciones de la Aseguradora solo dejarán de surtir efecto con respecto a la reclamación en que el Asegurado haya asumido su responsabilidad en la forma dicha, quedando en vigor este contrato para todos los demás riesgos previstos.

3. El Asegurado no hará ningún pago, asumirá ninguna obligación o incurrirá en gasto alguno en relación con los riesgos cubiertos, sin el consentimiento previo de la Aseguradora, entendiéndose que cualquiera expensa hecha sin su autorización, será por cuenta riesgo del Asegurado con excepción de las originadas con motivo de los primeros auxilios que debe proporcionar en los términos de la Cláusula 17 "Aviso de Siniestro".
4. En caso de que la Aseguradora haya autorizado al Asegurado, por escrito para hacer los gastos de atención medica de los beneficiarios y aun anticipos a cuenta de indemnizaciones el primero deberá enviar a la segunda los comprobantes y cuentas de dicho pago a más tardar dentro de los seis (6) días siguientes a la fecha en que haya sido dado de alta el beneficiario. En caso de que el Asegurado no remita a la Aseguradora los comprobantes y cuentas dentro del plazo señalado, cesará automáticamente la obligación de esta última al reembolso de las cantidades erogadas. La Aseguradora no se hace cargo de ningún gasto hecho sin su autorización por los beneficiarios.
5. Si la empresa en relación con la cual se tomó el seguro cambia de dueño, los derechos y obligaciones que se derivan de este Contrato pasarán al nuevo adquiriente quien será

solidariamente responsable con el anterior propietario, en cuanto al pago de las primas vencidas y no cubiertas en el momento de transmisión de propiedad.

No obstante, lo establecido en el párrafo anterior, los derechos y obligaciones de este contrato no pasarán al nuevo adquiriente si dentro de los quince (15) días siguientes al cambio, el Asegurado no notifica tal hecho por escrito a la Aseguradora, conservando ésta el derecho de rescindir el contrato en los términos de Ley.

Las mismas reglas se seguirán cuando el Asegurado sea persona física y fallezca, o cuando siendo sociedad, esta se disuelva, liquide, quiebre o se transforme de cualquier modo.

CLÁUSULA 31: ENDOSO DE EXCLUSIÓN LA/FT:

El presente Contrato se dará por terminado de manera anticipada en los casos en el que el Asegurado, el Contratante y/o el Beneficiario sea condenado mediante sentencia firme por algún Tribunal Nacional o de otra jurisdicción por los delitos de Narcotráfico, Lavado de Dinero, Financiamiento del Terrorismo, Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva, o cualquier otro delito de crimen o delincuencia organizada conocidos como tales por Tratados o Convenios Internacionales de los cuales Honduras sea suscriptor; o que el Beneficiario o Contratante del seguro se encuentren incluidos en las listas de entidades u organizaciones que identifiquen a personas como partícipes, colaboradores, facilitadores del crimen organizado como ser la lista OFAC (Office Foreign Assets Control) y la lista de Designados por la ONU, entre otras. Este Endoso se adecuará en lo pertinente a los procedimientos especiales que podrían derivarse de la Ley Especial Contra el Lavado de Activos, Ley sobre el Uso Indebido y Tráfico Ilícito de Drogas y Sustancias Psicotrópicas, Ley Contra el Financiamiento del Terrorismo, Ley sobre Privación Definitiva del Dominio de Bienes de Origen Ilícito y sus respectivos Reglamentos, en lo relativo al manejo, custodia de pago de primas y de siniestros sobre los bienes asegurados de personas involucradas en ese tipo de actos; sin perjuicio de que la Aseguradora deberá informar a las autoridades competentes cuando aplicare esta cláusula para la terminación anticipada del contrato.

CLÁUSULA 32: NORMAS SUPLETORIAS

En lo no previsto en el presente contrato, se aplicarán las disposiciones atinentes del Código de Comercio, Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros y demás normativa aplicable emitida por la Comisión Nacional de Bancos y Seguros.