

SEGURO DE RESPONSABILIDAD POR RIESGOS PROFESIONALES CONDICIONES GENERALES

OBJETO DEL SEGURO

CLAUSULA 1.- De acuerdo con los términos en que fue solicitado el seguro, bajo las condiciones a que se refieren los artículos siguientes y conforme a lo establecido en la Ley en cuanto no esté previsto en este Contrato, la Compañía asume la Responsabilidad Patronal que resulte al Asegurado como consecuencia de la realización de los siguientes riesgos:

Accidente de trabajo:

- a) Muerte;
- b) Incapacidad total permanente;
- c) Incapacidad parcial permanente;
- d) Incapacidad temporal;
- e) Asistencia médica, Hospitalización y servicios farmacéuticos.

Sólo con consentimiento expreso de la Compañía, se cubrirán, estos riesgos cuando se realicen fuera de la República de Honduras.

CLAUSULA 2.- De acuerdo con los riesgos cubiertos en el Artículo anterior y siempre que se establezca previamente la responsabilidad patronal del Asegurado, la Compañía 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 de FUNERAL..... 30 "

En caso de INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE 620 "

En caso de INCAPACIDAD PARCIAL PERMANENTE,

El porcentaje establecido en la Ley, calculado sobre.....620 "

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 Compañía en cuanto al pago de indemnizaciones por Incapacidad Parcial Permanente, Incapacidad Total Permanente, Muerte y demás Gastos funerarios subsistirá solamente:

En Accidente de trabajo, durante un año posterior a la fecha en que ocurran estos.

En enfermedades profesionales, durante un 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 funerarios se pagará siempre que en el momento de ocurrir la defunción esté en vigor esta póliza. En cuanto a las demás indemnizaciones, la responsabilidad de la Compañía solo subsistirá durante los plazos pactados y mientras no fallezca el trabajador.

CLAUSULA 3.- La Compañía se compromete a sacar al Asegurado a paz y a salvo de las reclamaciones judiciales y extrajudiciales que se le hagan con motivo del cumplimiento de las prestaciones que entrañen obligación para la misma conforme a este Contrato, aun cuando dichas reclamaciones sean injustificadas. Serán por cuenta de la Compañía los gastos y los costos que origine la tramitación de dichas reclamaciones.

CLAUSULA 4.- Además de las prestaciones a que se refieren los dos artículos anteriores, la Compañía proporcionará a los beneficiarios del seguro, servicio médico que comprenderá: consultas, curaciones, operaciones, hospitalización, servicio de especialistas, rayos X y aparatos de fisioterapia, materiales de curación, medicinas y aparatos ortopédicos con la extensión a que se refiere la Ley. El servicio médico se proporcionará durante el tiempo fijado en la parte final del artículo 2.

EXCEPCIONES

CLAUSULA 5.- Salvo pacto expreso en contrario que se hará constar en el texto del artículo 1. Cuando se trate de Enfermedades Profesionales, la Compañía no asume responsabilidad alguna con respecto a los siguientes padecimientos que quedan excluidos del seguro, aún cuando la Ley o los contratos del trabajo las consideran 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 sífilíticos y las enfermedades que se derivan directa o indirectamente de los mismos, incluyendo principalmente el reumatismo de ese origen, ya sea articular o muscular.

CLAUSULA 6.- Sin perjuicio de lo establecido en el artículo anterior, la Compañía 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 éstas se hayan iniciado posteriormente al día y hora en que entre en vigor esta Póliza.

CLAUSULA 7.- Esta Póliza sólo 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.

CLAUSULA 8.- La Compañía no adquiere responsabilidad alguna con respecto a la reducción o readaptación del trabajador. En consecuencia, la Compañía 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 dé por terminada la curación concurren las siguientes circunstancias:

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

b) 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 al trabajador cualquiera otra ocupación que esté de acuerdo con su capacidad.

CLAUSULA 9.- En todos los casos de muerte por accidente o enfermedad profesional, el patrono 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, SERA A CARGO DEL ASEGURADO LA OBLIGACION DE DEMOSTRAR LA CAUSA PROFESIONAL DE LA MUERTE POR LOS MEDIOS ORDINARIOS DE PRUEBA, REQUISITO SIN EL CUAL LA COMPAÑÍA NO ESTARA OBLIGADA A PAGAR LA INDEMNIZACION.

CLAUSULA 10.- La Compañía 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 éste sea propietario.

CLAUSULA 11.- La Compañía no tendrá responsabilidad alguna:

a) Cuando el riesgo cubierto por esta Póliza ocurra encontrándose el beneficiario en estado de embriaguez, o bajo la acción de algún narcótico o droga enervantes aunque el patrono o su representante le hayan permitido al trabajador el ejercicio de sus funciones.

b) Cuando el beneficiario se ocasione deliberadamente una incapacidad por sí solo o de acuerdo con otra persona. En este caso, la obligación cesará en el momento que se demuestre la culpabilidad.

c) Cuando el riesgo se realice por causa de fuerza mayor extraña al trabajo, entendiéndose por ésta 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.

d) En los demás casos en que el patrono, en virtud de la ley, quede exento de responsabilidad por Riesgos profesionales.

BENEFICIARIOS

CLAUSULA 12.- 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 Compañía 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.

CLAUSULA 13. Perderán su carácter de beneficiarios de la Póliza, aquellos trabajadores cuyo salario sea omitido en todo o en parte por el patrón en las manifestaciones que debe hacer a la Compañía para el cómputo 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 Compañía tenga obligación alguna en estos casos y durante el período señalado.

BASES PARA LAS INDEMNIZACIONES

CLAUSULA 14.- Para el cálculo del salario que debe servir de base para el pago de las indemnizaciones se aplicarán las siguientes reglas:

1.- 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 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 Compañía 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 compañía 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 cómputo de la prima y que el trabajador no este hospitalizado por cuenta de la Compañía.

A menos que el Asegurado por si 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.

CLAUSULA 15.- De un modo absoluto, las obligaciones de la Compañía en materia de pago de indemnizaciones y servicio médico, se concederán a los plazos y condiciones establecidas en los artículos 2 y 4 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, éste sólo 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 Compañía, dentro de las 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 Compañía 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 presenta a recibir atención médica de la Compañía, 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 Compañía dentro de las 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 Compañía 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.

La Compañía 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 Compañía con respecto al pago de indemnizaciones por incapacidad temporal, a partir del día que el médico Oficial declare al trabajador apto para reanudar sus labores o éste las reanude por si mismo, independientemente de que se le haya dado de alta o no, sin que quede obligada la Compañía 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.

CLAUSULA 16.- La Compañía dejará de tener obligaciones con respecto a los beneficiarios de la Póliza, a partir de la fecha en que éstos 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 24 horas siguientes. Después del período de gracia, la Compañía dejará de tener responsabilidad con respecto al padecimiento de que se trate y sus consecuencias a no ser que el Médico Oficial de la Compañía 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 Compañía o no. Al efecto, la Compañía dará al Asegurado aviso inmediato por escrito de las deserciones ocurridas.

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

INSPECCION MEDICA

CLAUSULA 17.- El Asegurado se obliga a hacer que se practique por su cuenta a los trabajadores de planta, un reconocimiento médico de ingreso y otro cada año. Del resultado de estos reconocimientos médicos, deberá dar cuenta a la Compañía.

SINIESTRO

CLAUSULA 18.- En caso de accidente o cuando se manifieste una Enfermedad Profesional, el Asegurado está obligado:

I. A informar inmediatamente a la Compañía y a más tardar dentro de las 24 horas siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del hecho, independientemente de los avisos que deben 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 Compañía, y que el Asegurado manifieste conocer.

II. A prestar a la víctima o víctimas del accidente o enfermedad profesional, los 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 Médico Oficial de la Compañía para su curación. Las cantidades erogadas por este concepto, serán reembolsadas por la Compañía al Asegurado contra la presentación de los recibos correspondientes que a este efecto haya cubierto y que deberán ser exhibidos dentro de los 6 días siguientes, bajo la sanción de no pago a que se refiere el párrafo segundo del Artículo 20.

III. Además de los avisos a que se refiere la fracción I de este Artículo, los que se deben proporcionar con el objeto de que la Compañía tenga conocimiento de la realización del riesgo y del derecho constituido a favor del o los beneficiarios afectados, el Asegurado se obliga a transmitir a la Compañía, inmediatamente y más tarde dentro de las 24 horas siguientes, cualesquiera reclamaciones judiciales o extrajudiciales hecha con motivo de la realización del riesgo o cualquier

emplazamiento para 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 Compañía 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.

CLAUSULA 19.- La Compañía 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 relación con el cumplimiento de las obligaciones amparadas por esta póliza, con todas las facultades generales y las especiales que requieran poder especial conforme a la ley.

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

El Asegurado que sin consentimiento por escrito de la Compañía 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 reembolsar a la Compañía 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 reembolsar 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 Compañía, solo dejarán de surtir efectos 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.

CLAUSULA 20.- 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 Compañía, 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 Fracción II del Artículo 18.

En caso de que la compañía haya autorizado al Asegurado, por escrito, a hacer los gastos de atención médica de los beneficiarios y aún anticipos a cuenta de

indemnizaciones, el primero deberá enviar a la segunda los comprobantes y cuentas de dichos pagos a más tardar dentro de los 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 Compañía los comprobantes y cuentas dentro del plazo señalado, cesará automáticamente la obligación de esta última al reembolso de las cantidades erogadas.

La compañía no se hace cargo de ningún gasto hecho sin su autorización por los beneficiarios.

CLAUSULA 21.- Una vez pagadas las indemnizaciones correspondientes a la realización de los riesgos cubiertos por esta Póliza, la compañía se subroga en todos los derechos y acciones que tenga el Asegurado contra tercero o terceros responsables del siniestro, comprometiéndose el Asegurado a reiterar esta subrogación en acta por separado si la Compañía se lo solicita.

PRIMAS

CLAUSULA 22.- 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 esté en vigor esta Póliza.

Deberán incluirse para el cálculo de la prima:

- a) El salario de los trabajadores de planta, supernumerarios, 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 Tratado 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.

CLAUSULA 23.- No se incluirá para el cálculo de la prima, el monto de los salarios caídos durante el período de duración de huelgas o paros. El monto de los salarios caídos deberá acreditarlo el Asegurado a la Compañía con el laudo respectivo o en su defecto, con la copia del convenio celebrado o por cualquier otro medio a satisfacción de la misma.

CLAUSULA 24.- Se llama Prima provisional a la Prima que se calcula para toda la vigencia de la Póliza, conforme a lo establecido en el Artículo 22, pero tomando como base las cantidades manifestadas por el Asegurado al hacer su solicitud,

como monto probable de su pago por concepto de salarios durante el plazo para el cual solicitó la vigencia del seguro.

El pago de la Prima Provisional es exigible y vence en el momento de la celebración de este Contrato, conforme a lo establecido por la Ley y sólo para comodidades en los pagos, pero sin perjuicio de lo establecido antes, se conviene en que el Asegurado pague la Prima Provisional en fracciones como se detalla en el Detalle de Labores y Cálculo de Prima Provisional.

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 sus trabajadores o la que presupuesta pagar durante la vigencia de esta Póliza, por los conceptos a que se refiere el Artículo 22.

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 período de pago a contar desde la fecha en que entre en vigor esta Póliza, el Asegurado deberá pagar a la Compañía por adelantado, la fracción de la Prima Provisional calculada para dicho período.

La falta de pago puntual conforme a lo establecido en el párrafo anterior, invalidará la franquicia de pagar la prima provisional en fracciones y se estará a lo dispuesto por Ley, una vez transcurridos los plazos a que se refiere el Artículo 25 de estas condiciones.

II. INFORME DE SALARIO.- Durante los diez días siguientes al fin de cada período de pago, el Asegurado remitirá a la Compañía en sus formularios de pago un informe de los salarios que deban servir de base para el cálculo de la prima correspondiente al período de pago transcurrido, conforme a las bases establecidas en los Artículos 22 y 23.

III. AJUSTE DE LA PRIMA.- Recibido el informe a que se refiere el punto anterior, la Compañía 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 DEL AJUSTE.- Si el ajuste fuere mayor que la Prima Provisional, el Asegurado deberá pagar la diferencia en la fecha en que la Compañía haga el cobro. Si por el contrario, la Prima Provisional es mayor, la diferencia será devuelta por la Compañía, salvo lo dispuesto en el Artículo 26.

CLAUSULA 25.- La Compañía concede al Asegurado un período de espera de cinco días para el pago de las exhibiciones a que se refiere el Artículo anterior, Durante este período la Póliza se conservará en pleno vigor; si transcurrido dicho

plazo el Asegurado no hace la exhibición correspondiente se le requerirá el pago dándole un plazo de quince días para efectuarlo.

Si vencido este último plazo no ha hecho el pago, se suspenderán los efectos del seguro, pudiendo la Compañía rescindir este contrato o exigir el pago en la vía ejecutiva o ejercitar ambas acciones simultáneamente, siempre que hayan transcurrido 10 días desde el principio de la suspensión.

En caso de suspensión, la compañía conserva todos sus derechos a las primas relativas al período de tal suspensión y este contrato no volverá a surtir efecto, si no a las doce horas del día siguiente a la fecha en que el Asegurado, antes de la rescisión definitiva, pague a la Compañía todas las primas causadas hasta la fecha de dicho pago, así como los gastos que se hayan hechos para su cobro.

CLAUSULA 26.- Se entenderá que en todo caso la Compañía tendrá derecho a cobrar por el período de vigor de la presente Póliza la prima mínima que se ha detallado, la que se aplicará en caso de que, del cómputo de la prima conforme a los artículos anteriores, resulte una cantidad inferior a la prima mínima establecida en el presente artículo. Igualmente, la compañía tendrá derecho cobrar la prima mínima referida en caso de cancelación de la Póliza por parte del Asegurado conforme al Artículo 40 de la presente, o si la Póliza se rescinde por parte de la Compañía por alguna de las causas estipuladas en los Artículos 29, 31,32,33 y 35.

CLAUSULA 27.- La Compañía tiene derecho en todo tiempo, y aun durante un 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 caja y de contabilidad así como 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 ellos se pagó, se liquidará la diferencia que resulte al aplicar correctamente la tarifa, debiéndose cubrir inmediatamente la prima que corresponda ya sea en favor o en contra de la Compañía.

La Compañía tiene derecho de hacer visitas a las negociaciones, fábricas, 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 Compañía está facultada para sugerir las medidas que juzgue convenientes para la mayor seguridad de los trabajadores o empleados, con el objeto de disminuir el riesgo o prevenir los accidentes.

CLAUSULA 28.- habiendo sido aplicada la tarifa y calculada la prima, según los informes proporcionados por el Asegurado sobre la naturaleza del trabajo y en vista de los riesgos particulares que su desempeño supone todo cambio hecho a estos elementos de apreciación, deberá ser declarado a la compañía por escrito dentro de las 48 horas siguientes, a efecto de que esta fije el recargo de tarifa que pueda resultar, en caso de aceptación del riesgo agravado.

SANCIONES

CLAUSULA 29.- Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos que deban hacerse constar en la solicitud del seguro, en la Lista de Raya que debe anexarse o en la manifestación de salarios pagados, que son la base para el cálculo de la prima, facultará a la Compañía para considerar rescindido este Contrato de pleno derecho, aun cuando la falsedad o inexacta declaración no haya influido en la realización de los riesgos cubiertos.

CLAUSULA 30.- En caso de rescisión por las causas señaladas en el Artículo anterior, la Compañía conservará el derecho a cobrar la prima devengada hasta la fecha de la rescisión.

CLAUSULA 31.- La falta del aviso a que se refiere el Artículo 28 dará lugar a que cesen de pleno derecho las obligaciones de la Compañía para lo sucesivo, siempre que los hechos con respecto a los cuales se omitió el aviso, constituyan una agravación esencial del riesgo.

CLAUSULA 32.- Cuando habiéndose dado oportunamente el aviso de agravación del riesgo a que se refiere el Artículo anterior, la Compañía no lo acepte, podrá rescindir el Contrato y sus responsabilidades terminarán quince días después de la fecha en que comunique su resolución al Asegurado.

CLAUSULA 33.- Cuando el Asegurado provoque por si mismo la agravación del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía a partir de la fecha en que se produzca esta agravación. Esta sanción subsistirá en el caso de que, agravadas las circunstancias esenciales que debieran modificar el riesgo, éste no llegue a transformarse en la práctica.

CLAUSULA 34.- Se considerará como agravación del riesgo todo hecho, acto u omisión que tenga influencia sobre la realización de los riesgos cubiertos o sobre la extensión de las prestaciones que debe cubrir la Compañía.

CLAUSULA 35.- Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas si el Asegurado o sus representantes, con el propósito de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones.

La misma sanción se aplicará en caso de que el Asegurado o sus representantes no den a la Compañía 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.

En este caso, el Asegurado reembolsará a la compañía las cantidades cubiertas por esta para el pago de indemnizaciones y gastos de toda naturaleza hechos con motivo del siniestro de que se trate y además perderá a favor de la misma la totalidad de las primas que hubiere anticipado.

CLAUSULA 36.- Salvo justificación de imposibilidad por parte del Asegurado, como consecuencia de caso fortuito o de fuerza mayor, la Compañía quedará desligada, desde su origen, de todas sus obligaciones con respecto a cada siniestro en que hayan concurrido cualesquiera de las siguientes circunstancias:

I. Que el Asegurado no rinda los informes a que se refiere la fracción I del Artículo 18, o los rinda fuera del plazo señalado en el mismo, o éstos contengan inexactitudes que sean atribuibles a mala fe.

II. Que el Asegurado no proporcione a la compañía, los informes y datos a que se refiere el Artículo 18, Fracción III o no coopere con ella en la forma que se establece en los Artículos 19,20 y 21. A su elección la Compañía podrá rescindir este contrato por cualesquiera de las causas señaladas anteriormente y en todo caso el asegurado se obliga a reembolsar a la compañía los daños y perjuicios que haya podido sufrir con motivo de cualesquiera de las causas señaladas arriba, los que no podran ser inferiores al monto de los gastos y honorarios de abogados pagados por ella con motivo de las gestiones judiciales y extrajudiciales a que de lugar la reclamacion relativa, asi como todos aquellos pagos que tenga que hacer la compañía por falta de conocimiento de los hechos o por falta de elementos para su defensa.

ARTICULO 37. Si la compañía no comunica por escrito al asegurado la rescision de pleno derecho a que se refieren los articulos 29,31,32,33 y 35 dentro de los quince dias siguientes a la fecha en que conozca dichas circunstancias se considerara que ha consentido y por lo tanto quedara sin efecto la rescision a que se refieren dichos articulos.

ARTICULO 38. El plazo de duracion fijado en el presente contrato regira no solamente para las partes , si no tambien para sus causahabientes, herederos, asociados, representantes o sucesores y podra prorrogarse cuantas veces lo acuerden expresamente las partes.

articulo 39. Si la negociacion en relacion con la cual se tomo el seguro cambia de dueño, los derechos y obligaciones que se derivan de este contrato pasaran al nuevo adquirente, quien sera solidariamente responsable con el anterior propietario en cuanto al pago de las primas vencidas y no cubiertas en el momento de la transmision de propiedad.

No obstante lo establecido en el parrafo anterior, los derechos y obligaciones de este contrato no pasaran al nuevo adquiriente se dentro de los 15 dias siguientes al cambio, el asegurado no notifica tal hecho por escrito a la compañía, conservando esta el derecho de rescindir el contrato en los terminos de ley. Las mismas reglas se seguiran cuando el asegurado sea persona fisica y fallezca, o cuando siendo sociedad esta se disuelva, liquide, quiebre o se transforme de cualquier modo.

ARTICULO 40. Siempre que hayan transcurrido por lo menos noventa dias a contar desde ña fecha en que entro en vigor la poliza, esta podra ser rescindida en cualquier epoca por voluntad de las partes, dando aviso fehaciente una de ellas a la otra, con no menos de quince dias de anticipacion sobre su voluntad de consideraria rescindida.

ARTICULO 41. En caso de que surja alguna controversia entre la compañía y el asegurado o los beneficiarios, por falta de pago de una indemnizacion o por alguna interpretacion de este contrato, cualesquiera de las partes podra ocurrir ante la secretaria de trabajo y prevision social en solicitud de sus buenos oficios para el arreglo de las dificultades surgidas, en los terminos de la ley.

ARTICULO 42. De acuerdo con lo establecido en la ley, y una vez transcurridos los plazos a que se refiere el articulo 25 de las condiciones generales, la compañía puede proceder al cobro de las primas en la via ejecutiva mercantil, sirviendole de titulo ejecutivo el duplicado de esta poliza, procediendo que no solo acata el asegurado conforme a la ley, si no en el que ademas esta conforme como si se tratara de procedimiento convencional.

ARTICULO 43. Para el caso de juicio, el asegurado se somete expresamente a la jurisdiccion de los tribunales de la ciudad de Tegucigalpa, M.D.C., con renuncia expresa del fuero que legalmente pudiese tener en razon de su domicilio. La compañía se reserva el derecho de reclamar judicialmente el cumplimiento de este contrato ante los tribunales de la Ciudad de Tegucigalpa, M.D.C.

ARTICULO 44. El asegurado al aceptar la poliza, ratifica bajo su mas absoluta responsabilidad la veracidad de los datos contenidos en la solicitud y en las demas declaraciones hechas por el, con excepcion de aquellos que por su naturaleza tengan el caracter de estimativos.

ARTICULO 45. Ninguna condicion ni dispocision de esta poliza es renunciabile ni podra cambiarse, si no por medio de endoso adjunto a la misma y firmado por ambas partes.