

**ANEXO C**  
**REQUISITOS DE SEGURO PARA CONTRATOS**  
**ENTRE \$25,000 Y \$99,999**

**Indemnización**

El Beneficiario (en adelante, el "BENEFICIARIO") indemnizará, defenderá y eximirá de responsabilidad a Valley Health Foundation (en adelante, la "Fundación"), a sus ejecutivos, agentes y empleados ante cualquier reclamación, responsabilidad, pérdida, lesión o daño que surja de, o en relación con, la ejecución de este Contrato por parte del Beneficiario y/o sus agentes, empleados o subcontractistas, excepto solo las pérdidas, las lesiones o los daños causados por la negligencia exclusiva o conducta dolosa del personal empleado por la Fundación. La intención de las partes de este Acuerdo es proporcionar la cobertura más amplia posible para la Fundación. El BENEFICIARIO reembolsará a la Fundación todos los costos, honorarios de abogados, gastos y responsabilidades incurridos con respecto a cualquier litigio en el que el BENEFICIARIO impugne su obligación de indemnizar, defender y/o eximir de responsabilidad a la Fundación en virtud del presente Contrato y no prevalezca en ese concurso.

**Seguro**

Sin limitar la indemnización del BENEFICIARIO de la Fundación, el BENEFICIARIO proporcionará y mantendrá, a su propio cargo, durante la vigencia del presente Acuerdo, o según se requiera más adelante en el presente, las siguientes coberturas y disposiciones de seguro:

**A. Evidencia de cobertura**

Antes del inicio del presente Acuerdo, el BENEFICIARIO proporcionará un Certificado de seguro que certifique que se ha obtenido la cobertura requerida en el presente documento. El certificado se acompañará de los endosos individuales firmados por la compañía de seguros. Además, el BENEFICIARIO deberá proporcionar una copia certificada de la póliza o pólizas a solicitud.

Esta verificación de cobertura se enviará al departamento de la Fundación solicitante, a menos que se indique lo contrario. El BENEFICIARIO no recibirá un Aviso para continuar con el trabajo en virtud del Acuerdo hasta que haya obtenido todo el seguro requerido y dicho seguro haya sido aprobado por la Fundación. Esta aprobación del seguro no eximirá ni disminuirá la responsabilidad del BENEFICIARIO.

**B. Aseguradoras cualificadas**

Todas las coberturas, excepto la caución, serán emitidas por empresas que tengan una calificación alfabética y de categoría de tamaño financiero del titular de la póliza actual de no menos de A-V, de acuerdo con la Guía de calificación clave de Best actual o una empresa de igual estabilidad financiera.

### **C. Aviso de cancelación**

Toda cobertura que se requiera en el presente documento no se cancelará ni cambiará para que ya no cumpla con los requisitos de seguro de la Fundación especificados sin una notificación previa por escrito con 30 días de antelación sobre dicha cancelación o cambio entregada a Valley Health Foundation o a su agente designado.

### **D. Requisitos de seguro**

1. Seguro comercial de responsabilidad civil general: por lesiones corporales (incluida la muerte) y daños a la propiedad que disponga límites mínimos de la siguiente manera:
  - a. Cada ocurrencia: \$500,000
  - b. Total general: \$500,000
  - c. Total de productos/operaciones completadas: \$500,000
  - d. Lesiones personales: \$500,000
  
2. La cobertura de responsabilidad civil general incluirá:
  - a. Instalaciones y operaciones
  - b. Productos/operaciones completadas
  - c. Responsabilidad por lesiones personales
  - d. Divisibilidad de intereses
  
- 3. La cobertura de responsabilidad civil general incluirá el siguiente endoso, cuya copia se proporcionará a la Fundación:**

**Endoso del asegurado adicional**, que indicará lo siguiente en inglés:

“Valley Health Foundation, and members of the Board of Directors of Valley Health Foundation, and the officers, agents, and employees of Valley Health Foundation, individually and collectively, as additional insureds.”

Endoso traducido al español:

“Valley Health Foundation, y los miembros de la Junta Directiva de Valley Health Foundation, y los ejecutivos, agentes y empleados de

Valley Health Foundation, individual y colectivamente, como asegurados adicionales”.

El seguro otorgado por el endoso del asegurado adicional se aplicará como seguro principal, y cualquier otro seguro mantenido por Valley Health Foundation, sus ejecutivos, agentes y empleados será solo excedente y no contribuirá con el seguro proporcionado en virtud de esta póliza.

4. Seguro de responsabilidad civil del automóvil (obligatorio si el BENEFICIARIO o cualquiera de sus agentes o subcontratistas operarán un automóvil dentro del alcance del Acuerdo)

Para lesiones corporales (incluida la muerte) y daños a la propiedad que proporcionen límites totales no inferiores a un millón de dólares (\$1,000,000) de límite único combinado por incidente aplicable a todos los vehículos propios, no propios y alquilados.

5. Seguro de indemnización por accidente laboral y de responsabilidad civil del empleador

- a. Cobertura legal de indemnización por accidente laboral de California, incluida la cobertura amplia de todos los estados.
- b. Cobertura de responsabilidad del empleador por no menos de un millón de dólares (\$1,000,000) por ocurrencia.

6. Límite total de \$1,000,000 por errores y omisiones de responsabilidad profesional.

7. El BENEFICIARIO incluirá a todos los subcontratistas asegurados en virtud de sus pólizas u obtendrá certificados y avales independientes para cada subcontratista.

8. El BENEFICIARIO proporcionará a Valley Health Foundation certificados de seguro y endosos originales que afecten a la cobertura requerida por este ACUERDO. El comprobante de seguro se enviará por correo electrónico a [childcare@vhfca.org](mailto:childcare@vhfca.org) a la atención de: Director del programa, o bien

Se enviará por correo postal a:

Valley Health Foundation  
Childcare Expansion Grant Program Officer  
2400 Clove Drive  
San Jose, CA 95128