Seguros Caracas
RIF. J-00038923-3

PÓLIZA DE SEGURO DE

Responsabilidad Empresarial

SEGUROS CARACAS, C.A., Sociedad Mercantil, domiciliada en Caracas, antes denominada Seguros Caracas de Liberty Mutual, C.A., e inscrita originalmente como C.A. Venezolana Seguros Caracas, por ante el Registro de Comercio que se llevaba en el Juzgado de Primera Instancia en lo Mercantil del Distrito Federal, el 12 y 19 de mayo de 1943, bajo los Nros. 2134 y 2193, modificado sus Estatutos en diversas oportunidades, las últimas de las cuales se encuentran inscritas por ante el Registro Mercantil Segundo de la Circunscripción Judicial del Distrito Federal y Estado Miranda, el 09 de julio de 1999, bajo el Nº 16, Tomo 189-A Sgdo., y modificada su denominación comercial por la actual mediante documentos inscritos ante la citada Oficina de Registro el 07 de febrero de 2020, bajo los N° 26 y 33, Tomo 24-A SDO., inscrita en la Superintendencia de Seguros, hoy Superintendencia de la Actividad Aseguradora bajo el N° 13 y ante el Registro de Información Fiscal bajo el N° J-00038923-3, representada por el ciudadano **GUSTAVO EDUARDO LUENGO DECARLI**, Venezolano, mayor de edad, domiciliado en Caracas, Distrito Capital, titular de la cédula de identidad Nº **V-6.155.477,** y el Tomador, identificado en el Cuadro Póliza Recibo, han convenido en suscribir el presente Contrato de Seguro, el cual está conformado y se regirá por las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, el Cuadro Póliza Recibo, la Solicitud de Seguro y los demás documentos que formen parte integrante del mismo.

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA 1. OBJETO DEL SEGURO

Mediante este seguro el Asegurador se compromete a cubrir los riesgos mencionados en las Condiciones Particulares y Anexos, si los hubiere, y a indemnizar al Asegurado o al Beneficiario aquellas sumas por las cuales el Asegurado sea declarado legalmente responsable y esté obligado a pagar a terceros, mediante sentencia definitivamente firme, por eventos amparados por este Contrato, hasta por la Suma Asegurada indicada como límite en el Cuadro Póliza Recibo.

CLÁUSULA 2. DEFINICIONES GENERALES

A los efectos de este Contrato, queda expresamente convenido entre las partes que los siguientes términos tendrán los significados que se indican, siendo que el género masculino incluirá también al femenino, cuando corresponda, salvo que del texto de este Contrato se desprenda una interpretación diferente:

1. **ASEGURADO:** Persona natural o jurídica que en sus bienes o intereses económicos está expuesta a los riesgos amparados por este Contrato.

2. **ASEGURADOR:** Persona jurídica que asume los riesgos cubiertos en este Contrato.

3. **BENEFICIARIO:** Persona natural o jurídica que tiene el derecho de recibir el pago de la indemnización a que hubiere lugar. El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario pueden ser o no la misma persona.

4. **CONDICIONES PARTICULARES:** Aquellas que contemplan aspectos concretamente relativos al riesgo que se asegura.

5. **CUADRO PÓLIZA RECIBO:** Documento en el que se indica, como mínimo, la siguiente información: número de la Póliza; identificación completa del Asegurador y de su domicilio principal; identificación completa del Tomador y del Asegurado; dirección del Tomador; dirección de cobro; dirección del Asegurado; duración del Contrato; fecha de emisión del Contrato; vigencia del recibo; coberturas contratadas, básicas y opcionales, distinguiendo para cada cobertura: la Suma Asegurada, el deducible, si lo hubiere, y el monto de la prima; lugar y forma de pago de la prima; identificación del intermediario de la actividad aseguradora y firmas del Asegurador y del Tomador.

6. **DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DEL CONTRATO DE SEGURO**: La Solicitud de Seguro; el documento de cobertura provisional, si lo hubiere; las Condiciones Generales; las Condiciones Particulares; el Cuadro Póliza Recibo; los anexos que se emitan para complementar o modificar el Contrato y los demás documentos que, por su naturaleza, formen parte del Contrato.

7. **PRIMA:** Contraprestación que, en función del riesgo, debe pagar el Tomador al Asegurador en virtud de la celebración del Contrato.

8. **RIESGO:** Posible ocurrencia por azar de un acontecimiento que no dependa exclusivamente de la voluntad del Tomador, Asegurado o Beneficiario, que ocasione una necesidad económica, y cuya aparición real o existencia se previene y garantiza en este Contrato.

9. **SINIESTRO:** Materialización del riesgo que da origen a la obligación de indemnizar por parte del Asegurador, que corresponda conforme con el presente Contrato.

10. **SOLICITUD DE SEGURO:** Cuestionario que proporciona el Asegurador, el cual contiene un conjunto de preguntas relativas a la identificación del Tomador, del Propuesto Asegurado y del Beneficiario, así como también la identificación, la descripción detallada y la ubicación de los bienes o intereses que se pretendan asegurar y demás datos que puedan influir en la estimación del riesgo, que deben ser contestadas en su totalidad y con exactitud por el Tomador o el Propuesto Asegurado, constituyendo dicha declaración la base legal para la emisión del Contrato de seguro.

    Adicionalmente, deberá contener el detalle de las coberturas que se pretenden contratar, distinguiendo las coberturas básicas de las opcionales, señalando expresamente que estas últimas no serán de obligatoria suscripción por parte del Tomador o del Propuesto Asegurado.

11. **SUMA ASEGURADA:** Límite máximo de responsabilidad del Asegurador.

12. **TOMADOR:** Persona natural o jurídica que, obrando por cuenta propia o ajena, contrata el seguro con el Asegurador, trasladándole los riesgos y obligándose al pago de la prima.

CLÁUSULA 3. EXCLUSIONES GENERALES

Esta póliza no cubre:

1. **Pérdidas, gastos, daños o responsabilidades que sean consecuencia o que se den en el curso de: guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas (haya habido declaración de guerra o no), insubordinación militar, levantamiento militar, insurrección, rebelión, revolución, guerra civil, guerra intestina, poder militar o usurpación de poder, proclamación del estado de excepción, acto de terrorismo o acto de cualquier persona que actúe en nombre de o en relación con alguna organización que realice actividades dirigidas a la destitución por la fuerza del gobierno o influenciarlo mediante el terrorismo o la violencia.**
2. **Pérdidas, gastos, daños o responsabilidades que sean consecuencia de: fisión o fusión nuclear, radiaciones ionizantes y contaminantes radioactivos.**
3. **Pérdidas, gastos, daños o responsabilidades que sean consecuencia de: nacionalización, confiscación, incautación, requisa, comiso, embargo, expropiación, destrucción o daño por orden de cualquier gobierno o autoridad pública legalmente constituida o de facto, a menos que dicha destrucción sea ejecutada para detener la propagación de los daños causados por cualquier riesgo asegurado.**

CLÁUSULA 4. EXONERACIONES DE RESPONSABILIDAD

El Asegurador no estará obligado al pago de la indemnización en los siguientes casos:

1. **Si el Tomador, Asegurado, Beneficiario o cualquier persona que obre por cuenta de éstos presenta una reclamación fraudulenta o engañosa, o si en cualquier tiempo emplea medios o documentos engañosos o dolosos para sustentar una reclamación o para derivar otros beneficios relacionados con este Contrato.**
2. **Si el Siniestro ha sido ocasionado por dolo del Tomador, Asegurado o Beneficiario.**
3. **Si el Siniestro ha sido ocasionado por culpa grave del Tomador, Asegurado, Beneficiario o de cualquier persona que obrare por cuenta de ellos. No obstante, el Asegurador estará obligado al pago de la indemnización si el Siniestro ha sido ocasionado en cumplimiento de deberes legales de socorro o en tutela de intereses comunes con el Asegurador en lo que respecta a este Contrato.**
4. **Si el Siniestro se inicia antes de la duración del Contrato y continúa después de que los riesgos hayan comenzado a correr por cuenta del Asegurador.**
5. **Si el Tomador, Asegurado o Beneficiario no empleare los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del Siniestro, siempre que este incumplimiento se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador.**
6. **Si el Tomador o Asegurado actúa con dolo o culpa grave en la declaración de las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo, según lo señalado en la Cláusula 8. Declaraciones en la Solicitud de Seguro, de estas Condiciones Generales.**
7. **Si el Tomador, Asegurado o Beneficiario intencionalmente omitiere dar aviso al Asegurador sobre la contratación de pólizas que cubran el mismo riesgo amparado por el presente Contrato o si el Tomador hubiese celebrado el segundo o posteriores Contratos de seguros, sobre los mismos riesgos, con el fin de procurarse un provecho ilícito.**
8. **Si el Asegurado o el Beneficiario incumpliere lo establecido en la Cláusula 14. Subrogación de Derechos, de estas Condiciones Generales, a menos que compruebe que el incumplimiento es debido a una causa extraña no imputable a él.**
9. **Si el Tomador, Asegurado, Beneficiario o cualquier persona que obre por cuenta de éstos, actuando con dolo o culpa grave, obstaculiza los derechos del Asegurador estipulados en este Contrato.**
10. **Otras exoneraciones de responsabilidad que se establezcan en las Condiciones Particulares de este Contrato.**

CLÁUSULA 5. DURACIÓN DEL CONTRATO

La duración del Contrato se hará constar en el Cuadro Póliza Recibo, con indicación de la fecha de emisión, la hora y día de su iniciación y vencimiento.

A falta de indicación expresa, los riesgos cubiertos comienzan a correr por cuenta del Asegurador a las 12 m. del día de inicio de la duración del Contrato y terminarán a la misma hora del día de su vencimiento.

CLÁUSULA 6. PAGO DE LA PRIMA

El Tomador debe pagar la primera prima en el plazo de diez (10) días continuos contados a partir de la fecha de inicio de la duración del Contrato. Si la prima no es pagada o se hace imposible su cobro por causa imputable al Tomador en el plazo establecido, el Asegurador tendrá derecho a exigir el pago correspondiente o resolver el Contrato. En caso de resolución, ésta tendrá efecto desde el inicio de la duración del Contrato. Si el Asegurador no ejerce su derecho a resolver el Contrato de seguro, no podrá negarse a recibir el pago de la prima vencida.

Si ocurriese un Siniestro en el plazo convenido para el pago de la primera prima, el Asegurador pagará la indemnización, siempre que el Tomador pague antes de su vencimiento la prima correspondiente.

El pago de la prima solamente conserva en vigor el Contrato por el tiempo al cual corresponda dicho pago, según conste en el Cuadro Póliza Recibo.

Contra el pago de la prima, el Asegurador entregará al Tomador Publicada en el Cuadro Póliza Recibo o recibo de prima correspondiente, según sea el caso, firmado y sellado. La entrega podrá efectuarse en forma impresa o a través de los mecanismos electrónicos acordados para ello que consten en la solicitud de seguro, con su acuse de recibo.

Las primas pagadas en exceso no darán lugar a responsabilidad alguna por parte del Asegurador por el exceso, sino única y exclusivamente al reintegro sin intereses del excedente, aun cuando aquellas hubieren sido aceptadas formalmente por éste.

CLÁUSULA 7. LUGAR Y MEDIO DE PAGO DE LAS PRIMAS

Las primas correspondientes a este Contrato serán pagadas directamente en las oficinas del Asegurador. No obstante, podrán ser pagadas bajo cualquier mecanismo o medio acordado por las partes.

El Asegurador podrá cobrar las primas a domicilio y dar aviso de sus vencimientos y, si lo hiciere, no sentará precedente de tal obligación y podrá suspender esta gestión en cualquier momento, previo aviso.

CLÁUSULA 8. FRACCIONAMIENTO DE LA PRIMA

Si el pago de la prima es fraccionado, se entiende que tal fraccionamiento es una facilidad de pago y no implica modificación del período de duración del Contrato. En este caso, si el Tomador no pagase cualquier fracción de la prima dentro de cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de la finalización de la última fracción pagada, el Asegurador tiene derecho a exigir la prima debida o a resolver el Contrato.

Si ocurriese un Siniestro amparado durante el plazo mencionado anteriormente, el Asegurador procederá de conformidad con las siguientes reglas:

1. Descontar del monto indemnizable la fracción de prima vencida. No obstante, si el monto a pagar es por la totalidad de la Suma Asegurada, el Asegurador podrá deducir las fracciones de primas pendientes para completar la totalidad de la prima de la duración del Contrato.

2. Si el monto indemnizable es menor a la fracción de prima vencida, el Asegurador pagará la indemnización, siempre que el Tomador pague la referida fracción de prima vencida, antes del vencimiento del respectivo plazo.

En caso de resolución por falta de pago de una fracción de prima vencida, ésta tendrá efecto desde la fecha de finalización del período cubierto por la última fracción de prima pagada, siempre que el Asegurador lo haya notificado previamente al Tomador o al Asegurado.

Si el Asegurador no ejerce su derecho a resolver el Contrato de seguro, no podrá negarse a recibir el pago de la fracción de prima vencida.

CLÁUSULA 9. DECLARACIONES EN LA SOLICITUD DE SEGURO

El Tomador o Propuesto Asegurado al llenar la solicitud, debe declarar con exactitud al Asegurador, de acuerdo con el cuestionario y demás requerimientos que le indique, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

El Asegurador, debe participar al Tomador o Asegurado, en el plazo de cinco (5) días hábiles siguientes, que ha tenido conocimiento de un hecho no declarado en la solicitud que pueda influir en la valoración del riesgo, y podrá ajustar o resolver el Contrato, mediante comunicación impresa o a través de los mecanismos electrónicos acordados para ello, con acuse de recibo, dirigida al Tomador o Asegurado, según corresponda, en el plazo de un (1) mes, contado a partir del conocimiento de los hechos.

En caso de resolución, ésta se producirá a partir del décimo sexto (16°) día continuo siguiente a su notificación, siempre que la parte proporcional de la prima, deducida la comisión pagada al intermediario de la actividad aseguradora, correspondiente al período que falte por transcurrir, se encuentre a disposición del Tomador en la caja del Asegurador. Corresponderán al Asegurador, las primas relativas al período de seguro transcurrido, hasta el momento en que haga esta notificación.

El Asegurador no podrá resolver el Contrato cuando el hecho que ha sido objeto de reserva o inexactitud ha desaparecido antes del Siniestro.

Si el Siniestro sobreviene antes que el Asegurador haga cualquiera de las notificaciones a que se refiere esta Cláusula o antes de que se haga efectiva la resolución del Contrato, la indemnización se reducirá en la misma proporción que existe entre la prima convenida y la que se hubiese establecido de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si el Tomador o Asegurado actúa con dolo o culpa grave, el Asegurador quedará liberado del pago de la indemnización y de la devolución de la prima.

Cuando el Contrato esté referido a varios bienes o intereses y la reserva o inexactitud se contrajese sólo a uno o varios de ellos, el Contrato subsistirá con todos sus efectos respecto a los restantes, si ello fuere técnicamente posible.

CLÁUSULA 10. FALSEDADES Y RETICENCIAS DE MALA FE

Las falsedades y reticencias de mala fe por parte del Tomador o Asegurado realizadas en la solicitud de seguros, debidamente probadas, serán causa de nulidad absoluta del Contrato, si son de tal naturaleza que el Asegurador, de haberlas conocido, no hubiese contratado o lo hubiese hecho en otras condiciones.

Las falsedades y reticencias de mala fe por parte del Tomador, Asegurado o Beneficiario en la reclamación del Siniestro, debidamente probadas, serán causa de nulidad absoluta del Contrato y exoneran del pago de la indemnización al Asegurador.

No hay lugar a la devolución de prima al Tomador en los supuestos de nulidad del Contrato contemplados en esta Cláusula.

CLÁUSULA 11. PLURALIDAD DE SEGUROS

Cuando un interés estuviese asegurado contra el mismo riesgo por dos o más aseguradores, el Tomador, Asegurado o Beneficiario estará obligado, salvo pacto en contrario, a poner en conocimiento de esa circunstancia a todos los aseguradores, al momento de la presentación de los documentos solicitados para la tramitación del Siniestro, con indicación del nombre de cada uno de ellos, número y período de duración de cada Contrato.

Si el Tomador, Asegurado o Beneficiario, intencionalmente omite ese aviso o hubiese celebrado el segundo o los posteriores Contratos de seguro con la finalidad de procurarse un provecho ilícito, los aseguradores no quedan obligados frente a aquél. Sin embargo, conservarán sus derechos derivados de los respectivos Contratos. En este caso, deberán tener prueba fehaciente de la conducta dolosa del Tomador, Asegurado o Beneficiario.

Los aseguradores contribuirán al abono de la indemnización en proporción a la suma propia asegurada, sin que pueda superarse la cuantía del daño. Dentro de ese límite, el Asegurado o Beneficiario podrá solicitar a cada Asegurador, en el orden que él establezca, la indemnización debida, según el respectivo Contrato. El Asegurador que ha pagado una cantidad superior a la que proporcionalmente le corresponda, podrá repetir contra el resto de ellos.

En caso de contrataciones de buena fe de una pluralidad de seguros, incluso por una suma total superior al valor asegurable, todos los Contratos serán válidos, y obligarán a cada uno de los aseguradores a pagar hasta el valor del daño sufrido, dentro de los límites de la suma que hubiesen asegurado, proporcionalmente a lo que le corresponda en virtud de los otros Contratos celebrados.

Cuando exista una pluralidad de seguros, en caso de Siniestro, el Asegurado o Beneficiario no podrá renunciar a los derechos que le correspondan según el Contrato de seguro, o aceptar modificaciones de los mismos con uno de los aseguradores, en perjuicio de los demás.

CLÁUSULA 12. PAGO DE INDEMNIZACIONES

Todo pago que deba efectuar el Asegurador en virtud de cualquier reclamación amparada por el presente Contrato y como consecuencia de cualquier responsabilidad atribuible legalmente al Asegurado o por cualquier daño o pérdida sufrida por éste, será realizado dentro de los veinte (20) días continuos siguientes, contados desde el momento en que la cantidad que el Asegurado esté obligado a pagar haya sido determinada, bien por sentencia definitivamente firme con el Asegurado, después de haberse efectuado el juicio correspondiente, o mediante acuerdo por escrito entre el Asegurado, el reclamante y el Asegurador, o luego de haberse recibido el último recaudo solicitado o del informe del ajuste de pérdidas, si fuera el caso, salvo por causa extraña no imputable al Asegurador.

CLÁUSULA 13. RECHAZO DEL SINIESTRO

El Asegurador debe notificar por escrito al Tomador, Asegurado o Beneficiario, en el plazo señalado en la Cláusula anterior, las causas de hecho y de derecho que a su juicio justifiquen el rechazo, total o parcial, de la indemnización exigida.

CLÁUSULA 14. SUBROGACIÓN DE DERECHOS

El Asegurador que ha pagado la indemnización, queda subrogado de pleno derecho, hasta la concurrencia del monto pagado, en los derechos y acciones del Tomador, Asegurado o Beneficiario contra los terceros responsables.

Salvo el caso de dolo, la subrogación no se efectuará contra las personas de cuyos hechos debe responder civilmente el Asegurado, ni contra el causante del Siniestro vinculado con el Asegurado hasta el segundo grado de parentesco por consanguinidad o que sea su cónyuge o la persona con quien mantenga unión estable de hecho.

El Asegurado o Beneficiario no podrá, en ningún momento, renunciar a sus derechos de exigir a otras personas la reparación por los daños y pérdidas que éstas le hubiesen ocasionado.

En caso de Siniestro, el Asegurado o Beneficiario está obligado a realizar a expensas del Asegurador, cuantos actos sean necesarios y todo lo que éste pueda razonablemente requerir, con el objeto de permitir que ejerza los derechos que le correspondan por subrogación, sean antes o después del pago.

Si el Asegurado o Beneficiario incumpliere lo establecido en esta Cláusula, perderá el derecho al pago que le otorga este Contrato o estará obligado a reintegrar el monto de la indemnización, si esta ya se hubiese efectuado, a menos que compruebe que el incumplimiento es debido a una causa extraña no imputable a él.

CLÁUSULA 15. ARBITRAJE

Las partes podrán someter a un procedimiento de arbitraje las divergencias que se susciten en la interpretación, aplicación y ejecución del Contrato. La tramitación del arbitraje se ajustará a lo dispuesto en la ley que regule la materia de arbitraje y supletoriamente al Código de Procedimiento Civil.

El Superintendente de la Actividad Aseguradora actuará como árbitro arbitrador en aquellos casos en que sea designado de mutuo acuerdo entre ambas partes, con motivo de las controversias que se susciten en la interpretación, aplicación y ejecución del Contrato. En este supuesto, la tramitación del arbitraje se ajustará a lo dispuesto en las normas que regulan el arbitraje en la actividad aseguradora.

El laudo arbitral será de obligatorio cumplimiento.

CLÁUSULA 16. CADUCIDAD

El Tomador, Asegurado o Beneficiario perderá todo derecho a ejercer acción judicial contra el Asegurador o convenir con éste a someterse al Arbitraje previsto en la Cláusula anterior, si no

lo hubiere hecho antes de transcurrir el plazo de un (1) año contado a partir de la fecha de la notificación, por escrito:

1. Del rechazo, total o parcial, del Siniestro.
2. De la decisión del Asegurador sobre la inconformidad del Tomador, Asegurado o Beneficiario respecto a la indemnización.

A los efectos de esta disposición, se entenderá iniciada la acción judicial una vez que sea consignado el libelo de demanda por ante los órganos jurisdiccionales.

CLÁUSULA 17. PRESCRIPCIÓN

Salvo lo dispuesto en leyes especiales, las acciones derivadas de este Contrato prescriben a los tres (3) años contados a partir del hecho que dio origen a la obligación.

CLÁUSULA 18. OBLIGACIONES DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO

1. El Tomador y el Propuesto Asegurado deben llenar la Solicitud de Seguro y declarar, con sinceridad y exactitud, todas las circunstancias necesarias para identificar el bien o interés asegurable y apreciar la extensión de los riesgos, en los términos indicados en este Contrato.
2. El Asegurado debe prestar toda la colaboración necesaria para facilitar la realización de las inspecciones de riesgo, así como también los ajustes de daños, según sea el caso.
3. El Tomador debe pagar la prima en la forma, frecuencia, lugar y tiempo convenidos en este Contrato.
4. El Asegurado debe emplear el cuidado de un diligente padre de familia para prevenir el Siniestro o para aminorar sus consecuencias.
5. El Tomador, Asegurado o Beneficiario hará saber al Asegurador, dentro del plazo establecido en las Condiciones Particulares de este Contrato, la ocurrencia de un Siniestro, expresando claramente las causas y circunstancias del suceso ocurrido.
6. El Asegurado o Beneficiario debe tomar las medidas necesarias para salvaguardar el interés asegurado o para conservar sus restos, si fuera el caso.
7. El Tomador, Asegurado o Beneficiario debe declarar, al momento de contratar la póliza y al tiempo de exigir el pago del Siniestro, los Contratos de seguros que existen y que cubren el mismo riesgo.
8. El Tomador, Asegurado o Beneficiario debe probar la ocurrencia del Siniestro a través de la consignación de toda la información necesaria para la indemnización del mismo, que sea solicitada por el Asegurador para verificar las circunstancias y consecuencias del Siniestro.
9. El Tomador, Asegurado o Beneficiario debe realizar diligentemente todas las acciones necesarias y destinadas a garantizar al Asegurador el ejercicio de su derecho de subrogación, si fuere el caso.
10. El Tomador o Asegurado, en caso de cambio de dirección de cobro, domicilio, habitación u oficina, según sea el caso, debe notificar por escrito al Asegurador dentro de los quince

(15) días hábiles siguientes a la fecha de haber efectuado el cambio, a menos que esta obligación sea considerada una agravación de riesgo, en cuyo caso se aplicará el plazo previsto para ello.

11. El Tomador o Asegurado debe cumplir con todas y cada una de las obligaciones, responsabilidades y condiciones establecidas en los diferentes documentos que integran el presente Contrato.

CLÁUSULA 19. OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR.

1. Informar al Tomador o Asegurado, mediante la entrega de la Póliza y demás documentos, la extensión de los riesgos asumidos y aclarar, en cualquier tiempo, todas las dudas y consultas que éste le formule.
2. Entregar el Cuadro Póliza Recibo al Tomador junto con copia de la Solicitud de Seguro, las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, los Anexos, si los hubiere, y los demás documentos que formen parte integrante del Contrato de seguro. En la renovación la obligación procederá para los nuevos documentos o para aquellos que hayan sido modificados. La entrega de los documentos señalados deberá efectuarse en los términos acordados por las partes.
3. Proceder al ajuste de daños, si fuera el caso, luego de recibida la notificación para la tramitación del Siniestro, conforme con lo establecido en las Condiciones Particulares de este Contrato.
4. Pagar la Suma Asegurada o la indemnización que corresponda en caso de Siniestro, en los plazos establecidos en este Contrato o rechazar la cobertura del Siniestro, mediante aviso por escrito y debidamente motivado.
5. Entregar al Asegurado o al intermediario de la actividad aseguradora, una copia de la sentencia definitivamente firme que generó la reclamación o del informe del ajuste de pérdidas que contenga los cálculos utilizados para determinar la indemnización, según corresponda.
6. Cumplir con todas y cada una de las obligaciones, responsabilidades y condiciones establecidas en los diferentes documentos que integran el Contrato de seguro.

CLÁUSULA 20. MODIFICACIONES.

Las solicitudes de modificación del Contrato deben ser solicitadas a través de cualquier mecanismo acordado por las partes. Se consideran aceptadas las solicitudes efectuadas por el Tomador o Asegurado, si el Asegurador no la rechaza dentro de los diez (10) días hábiles siguientes de haberla recibido.

La modificación de la Suma Asegurada o del deducible requerirá siempre aceptación expresa de la otra parte. En caso contrario, se presumirá aceptada por el Asegurador con la emisión del Cuadro Póliza Recibo o recibo de prima, en el que se modifique la Suma Asegurada o el deducible y, por el Tomador o Asegurado, con el pago de la diferencia de prima correspondiente, si la hubiere.

Si la modificación propuesta por el Asegurador es efectiva a partir de la renovación del Contrato, debe ser comunicada al Tomador mediante notificación impresa o a través de los

mecanismos electrónicos acordados para ello, con acuse de recibo, con un plazo no menor a un (1) mes de anticipación a la conclusión del período de seguro en curso.

En caso de desacuerdo del Tomador, si el Asegurador decide mantener o renovar el Contrato, deberá hacerlo bajo las mismas condiciones de Suma Asegurada y deducible vigentes al momento de la propuesta de modificación.

Las modificaciones se harán constar mediante Anexos, debidamente firmados por un representante del Asegurador y el Tomador, los cuales prevalecerán sobre las Condiciones Particulares y éstas sobre las Condiciones Generales de la Póliza.

Si la modificación requiere pago de prima adicional, se aplicará lo dispuesto al respecto en este Contrato.

CLÁUSULA 21. TERMINACIÓN ANTICIPADA.

El Asegurador podrá dar por terminado este Contrato, con efecto a partir del decimosexto (16°) día continuo siguiente a la fecha del acuse de recibo de la notificación que envíe al Tomador, siempre y cuando se encuentre en la caja del Asegurador, a disposición de aquél, el importe correspondiente a la parte proporcional de la prima no consumida, por el período que falte por transcurrir.

A su vez, el Tomador o Asegurado podrá dar por terminado el Contrato de seguro, con efecto a partir del día hábil siguiente al de la recepción de la notificación enviada al Asegurador, o de cualquier fecha posterior que en ella se señale. En este caso, dentro de los quince (15) días continuos siguientes, el Asegurador debe poner a disposición del Tomador, la parte proporcional de la prima, deducida la comisión pagada al intermediario de la actividad aseguradora, correspondiente al período que falte por transcurrir.

La terminación anticipada de la póliza se efectuará sin perjuicio del derecho del Asegurado o Beneficiario a indemnizaciones por Siniestros ocurridos con anterioridad a la fecha de terminación anticipada, en cuyo caso, no procederá devolución de prima cuando las indemnizaciones sean por la totalidad de la Suma Asegurada.

CLÁUSULA 22. AVISOS.

Todo aviso o comunicación que una parte deba dar a la otra respecto al Contrato, deberá hacerse mediante comunicación impresa o a través de los mecanismos electrónicos acordados para ello, con acuse de recibo, dirigida a la dirección del Tomador o Asegurado que conste en el Contrato, según corresponda, al domicilio principal o sucursal del Asegurador o a través de los medios electrónicos acordados por las partes.

Las comunicaciones relacionadas con la tramitación de Siniestros que sean entregadas al intermediario de la actividad aseguradora producen el mismo efecto que si hubiesen sido entregadas a la otra parte, salvo estipulación en contrario.

El intermediario de la actividad aseguradora será administrativa y civilmente responsable en caso de que no haya entregado la correspondencia a su destinatario, en un plazo de tres (3) días hábiles, contados a partir de su recepción.

CLÁUSULA 23. TRASPASO.

Ningún traspaso o cesión de los derechos sobre este Contrato será válido si no ha sido aprobado previamente por el Asegurador, tanto para el cedente como para el cesionario. La aprobación por parte del Asegurador debe constar en Anexo emitido a la presente Póliza.

CLÁUSULA 24. AUTORIZACIONES

El Tomador, asegurado o Beneficiario no podrá incurrir en gasto alguno, judicial o extrajudicial, ni hacer ningún pago, ni celebrar ningún arreglo o liquidación, ni admitir responsabilidad con respecto a cualquiera de los riesgos cubiertos que pueda presumirse responsabilidad a cargo del Asegurador, de acuerdo con este Contrato, sin autorización escrita del Asegurador.

CLÁUSULA 25. DOMICILIO ESPECIAL.

Para todos los efectos y consecuencias derivadas o que puedan derivarse de este Contrato, las partes eligen| como domicilio especial, único y excluyente de cualquier otro, el lugar donde se celebró el Contrato de seguros, a cuya Jurisdicción declaran someterse las partes.

_____	_____
El Tomador	**Por El Asegurador**

SEGUROS CARACAS, C.A. RIF: J-00038923-3.
Inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora del Ministerio del Poder Popular para la Economía y Finanzas bajo el N° 13. **“Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia Administrativa N° SAA-01-0479-2024 de fecha 29 de agosto de 2024”**.

CONDICIONES PARTICULARES

CLÁUSULA 1: COBERTURA BÁSICA

El Seguro aquí propuesto ampara las obligaciones derivadas de la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo, como se definen en párrafos posteriores, siempre que tales circunstancias ocurran por el incumplimiento por parte del patrono de las obligaciones que tiene para con sus trabajadores y trabajadoras en materia de seguridad y salud en el trabajo y tal responsabilidad haya sido calificada por el Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laboral y sentenciada por un Tribunal de Primera Instancia del Trabajo y de Estabilidad Laboral.

COBERTURAS Y LÍMITES DE INDEMNIZACIÓN POR TRABAJADOR

1. **MUERTE DEL TRABAJADOR:** se ampara la muerte del trabajador o trabajadora activo, siempre y cuando sea a consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad ocupacional, causando el derecho a sus sobrevivientes calificados para recibir un pago único. La indemnización será el equivalente al salario correspondiente a no menos de cinco (5) años ni más de ocho (8) años, contados por días continuos.

2. **DISCAPACIDAD ABSOLUTA PERMANENTE (TODA ACTIVIDAD):** se ampara la Discapacidad Absoluta Permanente (toda actividad), siempre y cuando sea a consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad ocupacional que genere en el trabajador o trabajadora una disminución total y definitiva mayor o igual al 67% de su capacidad física, intelectual o ambas, que lo inhabilita para realizar cualquier tipo de oficio o actividad laboral. La indemnización será el equivalente al salario correspondiente a no menos de cuatro (4) años ni más de siete (7) años, contados por días continuos.

3. **DISCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE PARA LA ACTIVIDAD HABITUAL:** se ampara la Discapacidad Total y Permanente para la Actividad Habitual, siempre y cuando sea a consecuencia de un accidente de trabajo o una enfermedad ocupacional que genere en el trabajador o trabajadora una disminución mayor o igual al 67% de su capacidad física, intelectual o ambas, que le impidan el desarrollo de las principales actividades laborales inherentes a la ocupación u oficio habitual que venía desarrollando antes de la contingencia, siempre que se conserve capacidad para dedicarse a otra actividad laboral distinta. La indemnización será el equivalente al salario correspondiente a no menos de tres (3) años ni más de seis (6) años, contados por días continuos.

4. **DISCAPACIDAD PARCIAL PERMANENTE:** se ampara la Discapacidad Parcial Permanente, siempre y cuando sea a consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad ocupacional que genere en el trabajador o trabajadora una disminución parcial y definitiva menor del 67% de su capacidad física o intelectual para el trabajo. Si la discapacidad es mayor al 25%, la indemnización será el equivalente al salario correspondiente a no menos de dos (2) años ni más de cinco (5), contados por días continuos. Si es menor o igual al 25%, el salario correspondiente a no menos de un (1) año ni más de cuatro (4) años, contados por días continuos.

5. **DISCAPACIDAD TEMPORAL:** se ampara la Discapacidad Temporal, siempre y cuando sea a consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad ocupacional que imposibilita al trabajador o trabajadora amparado para trabajar por un tiempo determinado. La indemnización será equivalente al doble del salario correspondiente a los días que hubiere durado el reposo por dicha discapacidad.

6. **GRAN DISCAPACIDAD:** se ampara la Gran Discapacidad, siempre y cuando a consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad ocupacional el trabajador o trabajadora amparada, se vea obligado a auxiliarse de otras personas para realizar los actos elementales de la vida diaria. Se divide en dos:

   a) Gran Discapacidad asociada a la Discapacidad Absoluta Permanente, en cuyo caso la indemnización será equiparable a la indemnización por muerte del trabajador.

   b) Gran Discapacidad asociada a la Discapacidad Temporal, en cuyo caso la indemnización será el equivalente al triple del salario correspondiente a los días que dure la incapacidad del trabajador.

7. **SECUELA O DEFORMACIONES PERMANENTES:** se ampara la secuela o deformaciones permanentes provenientes de enfermedades ocupacionales o accidentes de trabajo, cuando estas hayan vulnerado la facultad humana del trabajador o de la trabajadora más allá de la simple pérdida de su capacidad de ganancias, alterando la integridad emocional o psíquica del trabajador o de la trabajadora lesionada. La indemnización será equivalente al salario correspondiente a cinco (5) años contados por días continuos.

La Empresa de Seguros indemnizará el monto que corresponda por la cobertura que resulte afectada, de acuerdo a la calificación que, de las consecuencias del accidente laboral o la enfermedad ocupacional, establezca el Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laboral.

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

CLÁUSULA 2: ESCALAMIENTO DE INDEMNIZACIONES EN LA COBERTURA BÁSICA

En aquellos casos en los que, habiéndose producido una calificación por el Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laboral, y si por motivo de agravamiento de las consecuencias del accidente laboral o enfermedad ocupacional, ocurriese un escalamiento de la calificación previamente establecida por el Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laboral, la Empresa de Seguros indemnizará solamente la diferencia que pueda existir entre la indemnización por la calificación previamente establecida y la indemnización por la calificación posterior.

En ningún caso, la Empresa de Seguros quedará obligada a pagar indemnizaciones conjuntamente por más de una de las coberturas que integran la cobertura básica de la Póliza, las cuales se consideran mutuamente excluyentes. La Empresa de Seguros se limitará a pagar

hasta la mayor de las indemnizaciones correspondientes a las calificaciones que el Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laboral pueda declarar.

Queda aclarado y convenido que la Empresa de Seguros asumirá, hasta los límites de responsabilidad indicados en la CLÁUSULA 4: LIMITES DE RESPONSABILIDAD DE LA EMPRESA DE SEGUROS de las Condiciones Particulares, las indemnizaciones a que hubiere lugar por escalamiento en las calificaciones emanadas del Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laboral, solamente hasta un (1) año posterior a la calificación inicial emitida por tal organismo.

CLÁUSULA 3: COBERTURAS OPCIONALES

Mediante solicitud expresa en la Póliza y el pago de Prima adicional correspondiente para cada cobertura opcional, el Asegurado podrá estar amparado contra:

1. RESPONSABILIDAD DEL EMPLEADOR POR NEGLIGENCIA

La Empresa de Seguros se obliga a indemnizar al Asegurado hasta el monto de Suma Asegurada contratada, por cualquier erogación que tenga que efectuar a sus trabajadores o trabajadoras o sus derechohabientes a consecuencia de enfermedades ocupacionales o accidentes de trabajo resultantes de la violación de la normativa legal en materia de seguridad y salud en el trabajo por parte del empleador o patrono, siempre que esta erogación haya sido sentenciada por un Tribunal de Primera Instancia del Trabajo y de Estabilidad Laboral.

Queda entendido que las obligaciones asumidas por la Empresa de Seguros bajo esta cobertura se aplicarán únicamente en exceso de las indemnizaciones que el Asegurado esté obligado a pagar a sus trabajadores o trabajadoras según lo previsto en el Título VIII, Capítulo IV, Artículo 130 de la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente del Trabajo.

La Suma Asegurada de esta cobertura será la contratada por el Tomador y en todo caso será el límite máximo de responsabilidad de la Empresa de Seguros.

Bajo esta cobertura no serán amparadas las erogaciones que el asegurado tenga que efectuar por honorarios médicos quirúrgicos y gastos hospitalarios y farmacéuticos, ni los gastos de asistencia legal, defensa penal y costas judiciales, producto de un accidente de trabajo o una enfermedad ocupacional acaecida a un trabajador o trabajadora.

2. GASTOS DE ASISTENCIA LEGAL Y DEFENSA PENAL

La Empresa de Seguros conviene indemnizar, hasta el límite de responsabilidad establecido para esta cobertura, todas aquellas sumas que el Asegurado esté obligado a desembolsar producto de asistencia legal, defensa penal y costas judiciales, derivadas de reclamaciones por accidentes de trabajo o enfermedades ocupacionales que impliquen responsabilidad del empleador o patrono amparada bajo este seguro.

3. HONORARIOS MÉDICO QUIRÚRGICOS Y GASTOS HOSPITALARIOS Y FARMACÉUTICOS

La Empresa de Seguros conviene indemnizar, hasta el límite de responsabilidad establecido para esta cobertura, todas aquellas sumas que el Asegurado esté obligado a desembolsar producto de honorarios médico-quirúrgicos y gastos hospitalarios y farmacéuticos, derivados de accidentes de trabajo o enfermedades ocupacionales que impliquen responsabilidad del empleador o patrono amparado bajo este seguro.

La indemnización bajo esta cobertura será al costo razonable que la intervención o tratamiento tengan a la fecha en que ocurrió el desembolso.

Se entiende por "Costo Razonable", el promedio calculado por la Empresa de Seguros de los gastos médicos quirúrgicos y hospitalarios de clínicas ubicadas en una misma área geográfica, que sean de la misma categoría o equivalente a aquella donde fue atendido el trabajador o trabajadora, los cuales correspondan a una intervención o tratamiento igual o similar, libre de complicaciones y que de acuerdo a las condiciones de esta Póliza se encuentren cubiertos. Dicho promedio será calculado sobre la base de las estadísticas que tenga la Empresa de Seguros de los gastos facturados en el mes calendario inmediatamente anterior a la fecha en que se incurrió en dichos gastos, incrementado según el I.P.C. del Banco Central de Venezuela para el período comprendido entre la fecha de incurrencia en dichos gastos y la fecha en la cual quede establecido que el empleador es legalmente responsable por el Accidente de Trabajo o Enfermedad Ocupacional. Si dicho promedio no puede ser calculado por la Empresa de Seguros, el costo razonable será el gasto facturado.

CLÁUSULA 4: LIMITES DE RESPONSABILIDAD DE LA EMPRESA DE SEGUROS

La Empresa de Seguros fijará un límite de responsabilidad por trabajador o trabajadora, el cual será el monto máximo que indemnizará por trabajador o trabajadora por un Siniestro, independientemente del número de coberturas que sean involucradas en el mismo (límite por trabajador).

Igualmente, la Empresa de Seguros fijará un límite de responsabilidad por dos o más trabajadores o trabajadoras, que será el monto máximo que indemnizará si en un Siniestro se vieran involucrados dos o más trabajadores o trabajadoras, independientemente del número de coberturas que sean involucradas en el Siniestro (límite de dos o más trabajadores).

CLÁUSULA 5: CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

La Empresa de Seguros será responsable en los casos de enfermedades ocupacionales o accidentes de trabajo que den origen a reclamo por cualquiera de las coberturas de la presente Póliza, cuando la ocurrencia de los mismos haya afectado a trabajadores o trabajadoras cuyos nombres aparezcan en la nómina del empleador al contratar la presente Póliza o para aquellos casos que aún cuando no aparezcan al inicio de la Póliza se demostrase que son trabajadores o trabajadoras del Asegurado para el momento que ocurre el Siniestro. Para efectos de esta

Póliza no se entenderán trabajadores o trabajadoras del empleador aquellos que dependan directamente de los contratistas que trabajen para el Asegurado.

CLÁUSULA 6: DECLARACIÓN DE NÓMINA Y AJUSTE DE PRIMA

El Asegurado debe declarar el monto de nómina estimado para el período de vigencia del seguro, para el cual se le calculará la Prima Provisional correspondiente. Una vez finalizado dicho período, la Empresa de Seguros solicitará el monto de nómina real para ese período con la finalidad de realizar un ajuste de Prima en función de este valor. Si al realizar el ajuste la Prima es menor a la Prima Provisional, la Empresa de Seguros devolverá la diferencia al Tomador, si la Prima es mayor a la Prima Provisional, el Tomador debe pagar la diferencia a la Empresa de Seguros.

Si para el momento de la renovación de la Póliza el Asegurado no ha declarado el monto de nómina real, la Empresa de Seguros incrementará el monto de nómina estimado en un porcentaje que será equivalente al incremento del salario mínimo decretado por el Ejecutivo Nacional, tomando este nuevo monto como el monto de nómina estimado para el nuevo período de vigencia. El monto de nómina real declarado para el período anterior de vigencia de la Póliza podrá ser considerado como el monto de nómina estimado para el nuevo período de renovación.

CLÁUSULA 7: RECLAMACIONES Y PAGO DE INDEMNIZACIONES

Al ocurrir cualquier Siniestro, el Tomador o el Asegurado, deberá:

1. Notificar a la Empresa de Seguros dentro de los treinta (30) días continuos siguientes de haber conocido la ocurrencia del Siniestro, o de cinco (5) días hábiles siguientes del conocimiento de toda demanda, procedimiento o diligencia, que pudieran producir reclamo bajo cualquiera de las coberturas de esta póliza, lo primero que ocurra. En caso de duda en cuanto a la determinación de la fecha de ocurrencia del Siniestro, la fecha de referencia para efecto de la Póliza, será la que corresponda a la fecha en que el trabajador o trabajadora acudió a un servicio de asistencia médica, con signos o síntomas que a juicio del médico tratante están relacionados íntimamente con el accidente de trabajo o la enfermedad ocupacional, o la fecha que fue notificado al Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laboral (INPSASEL), lo primero que ocurra.

2. Suministrar dentro de los quince (15) días continuos, siguientes a la fecha del conocimiento del hecho, o dentro de cualquier otro plazo que haya concedido la Empresa de Seguros, los siguientes recaudos:

    2.1. Carta narrativa del hecho por parte del Empleador, indicando de forma amplia y clara las circunstancias, lugar y actividades en las cuales se presume se generó la enfermedad ocupacional o accidente de trabajo.

    2.2. Fotocopia de la cédula de identidad del (la) trabajador(a) afectado(a).

    2.3. Original y fotocopia del comprobante de pago de salario del trabajador afectado,

correspondiente al período en el cual ocurrió el hecho que originó la reclamación.

2.4. Libelo de la Demanda en contra del Tomador o el Asegurado, en caso de haberla recibido.

2.5. Original y fotocopia de la Certificación del origen ocupacional del accidente o enfermedad por la cual se presente la reclamación, emitida por el Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales (INPSASEL).

Otros recaudos:

Cualquier otro documento justificativo que la Empresa de Seguros directamente, o por mediación de los representantes que ella designe, considere necesario con referencia al origen, la causa, circunstancia o determinación de la prestación dineraria a que hubiere a lugar, so pena de perder todo derecho a indemnización.

En cualquier caso amparado por la presente Póliza, la Empresa de Seguros podrá designar Abogado Defensor cuando así lo considere conveniente.

Es entendido que la aceptación de alguna responsabilidad por enfermedades ocupacionales o accidentes de trabajo de parte del Tomador o Asegurado, no obliga a la Empresa de Seguros, a menos que la indemnización reconocida y su monto estén amparados en esta Póliza y se hayan cumplido todos los requisitos exigidos por la misma.

De acuerdo con lo previsto en la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo, el pago de las indemnizaciones por los distintos eventos contemplados en la misma, y cubiertas por la presente Póliza, deberá estar determinado por Jueces de Primera Instancia del Trabajo y de Estabilidad Laboral.

Queda aclarado y convenido que para la validez de las coberturas de esta Póliza deben presentarse en forma concurrente las siguientes condiciones:

- El accidente de trabajo o enfermedad ocupacional debe haber ocurrido dentro de la vigencia de la Póliza; entendiéndose esta, como la suma de las vigencias de los diferentes períodos de la Póliza, que de manera ininterrumpida permanezca en vigor con la Empresa de Seguros.

- El Tomador o Asegurado notifique el Siniestro a la Empresa de Seguros, en el plazo establecido en el numeral 1 de esta cláusula.

- La acción judicial en contra del Empleador debe iniciarse durante el tiempo en que el Contrato de Seguros permanezca en vigor y hasta un plazo no mayor de un año, luego de la terminación del mismo.

A los efectos de este Anexo, el término que se señala a continuación, tendrá el siguiente significado:

MÉDICO TRATANTE: Médico debidamente autorizado por los organismos competentes en Venezuela para ejercer la medicina, capacitado y competente para determinar las

consecuencias de accidentes de trabajo o enfermedades ocupacionales, con base en criterios científicos y por ser quien ha seguido la evolución del paciente durante el período en que este ha requerido atención médica.

CLÁUSULA 8: EXCLUSIONES

Este Seguro no cubre enfermedades ocupacionales o accidentes de trabajo producidos como consecuencias de alguno de los siguientes hechos:

1. **Radiaciones atómicas.**
2. **Hallándose el trabajador bajo el efecto de alguna droga, no indicada como terapéutica por un médico.**
3. **Fuerza mayor ajena al trabajo, a menos que se compruebe la existencia de un riesgo especial.**
4. **Provocados por la víctima, y aquellos que se deban a negligencia, impericia, responsabilidad y actos temerarios e imprudentes de parte del trabajador afectado.**
5. **Duelos, riñas, desafíos, apuestas y concursos de cualquier naturaleza.**
6. **Motín, disturbios laborales, saqueos, daños maliciosos, disturbios populares y conflictos de trabajo.**
7. **El uso o contacto con asbesto en cualquiera de sus formas.**
8. **El uso de explosivos.**

Igualmente, la Empresa de Seguros no será responsable por:

9. **Las multas impuestas al Asegurado por tribunales o autoridades de cualquier clase.**
10. **Siniestros en los cuales haya influido cualquier enfermedad o defecto físico u orgánico ya diagnosticado, y que el trabajador afectado presentaba con anterioridad a la fecha de la ocurrencia del hecho por el cual se pretende la indemnización.**
11. **Enfermedades ocupacionales o accidentes de trabajo ocurridos a los familiares o parientes del Asegurado.**
12. **La responsabilidad solidaria que pueda ser imputada al Asegurado como consecuencia de la violación de la normativa legal en materia de seguridad y salud del trabajo por parte de sus contratistas hacia sus empleados.**

CLÁUSULA 9: RENOVACIÓN

La vigencia de esta Póliza es por el término de la primera Prima pagada, a contar de la fecha de comienzo de la Póliza y el pago de las Primas subsiguientes, a su vencimiento, renovará la

vigencia por los períodos a que corresponda cada pago de acuerdo a lo previsto en la presente cláusula.

El Contrato se entenderá renovado automáticamente al finalizar el último día de duración del período de vigencia anterior y por un plazo igual, siempre que el Tomador pague la Prima correspondiente al nuevo período del seguro, de acuerdo a lo establecido en la CLÁUSULA 10: PLAZO DE GRACIA de las Condiciones Particulares, entendiéndose que la renovación no implica un nuevo Contrato, sino la prórroga del anterior.

La prórroga no procederá si una de las partes notifica a la otra su voluntad de no prorrogar, mediante una notificación escrita a la otra parte, dirigida al último domicilio que conste en el Cuadro Póliza Recibo, efectuada con un plazo de por lo menos un (1) mes de anticipación a la conclusión del período de seguro en curso.

CLÁUSULA 10: PLAZO DE GRACIA

La Empresa de Seguros concederá un período de gracia de treinta (30) días continuos para el pago de las Primas de renovación, contados a partir de la fecha de vencimiento de la vigencia anterior, en el entendido de que durante tal plazo el Contrato continuará vigente y en caso de ocurrir algún Siniestro en ese período, se aplicarán las siguientes reglas:

1. Si el monto a indemnizar es superior a la Prima a descontar, la Empresa de Seguros descontará íntegramente la Prima del monto a indemnizar y pagará la diferencia al Asegurado, por concepto de indemnización del Siniestro. En este caso, el monto a descontar será la Prima completa que corresponda al período de renovación.

2. Si el monto a indemnizar es menor a la Prima a descontar, el Tomador deberá pagar antes de finalizar el plazo de gracia, la diferencia existente entre la Prima y dicho monto. No obstante, si el Tomador se negase o no pudiese pagar la diferencia de Prima antes de finalizar el plazo de gracia, el Contrato se considerará prorrogado solamente por el período de tiempo que resultare de dividir el monto del Siniestro indemnizable, entre la Prima completa que corresponda al mismo período de la cobertura anterior, multiplicado por el número de días que contenga dicho período.

CLÁUSULA 11: PERSONAL EXCLUÍDO

1. **Tripulantes de aeronaves.**

2. **Tripulantes de embarcaciones.**

3. **Personal militar activo.**

4. **Miembros de equipos deportivos profesionales o no. Esta exclusión no aplica para aquellos trabajadores o trabajadoras que forman parte de equipos deportivos, como una actividad por el hecho o con ocasión del trabajo.**

5. **Trabajadores o trabajadoras que dependan directamente del(los) contratista(s) que trabajen para el Asegurado.**

6. **Propietarios, socios o accionistas de la empresa o comercio.**

7. **Cuando se trate de los miembros de la familia del propietario de la empresa o comercio, que trabajen exclusivamente por cuenta de aquel y que vivan bajo el mismo techo.**

8. **Personas que ejecuten trabajos ocasionales, ajenos a la empresa del Patrono.**

CLÁUSULA 12: DEFENSOR DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO

En caso de cualquier denuncia, queja, reclamo o sugerencia, el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario podrá acudir a la Oficina de Atención Ciudadana de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, o comunicarse a través de los mecanismos dispuestos para ello.

El Tomador	**Por El Asegurador**

SEGUROS CARACAS, C. A., RIF: J-00038923-3.

Inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora del Ministerio del Poder Popular de Economía y Finanzas bajo el No.13.