



Seguros Caracas

RIF. J-00038923-3

PÓLIZA DE SEGURO DE

Responsabilidad Patronal

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 N° 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 N° **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 obre 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.

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”.**



Responsabilidad Patronal

CONDICIONES PARTICULARES

CLÁUSULA 1: INTERPRETACIÓN DE TÉRMINOS

A los efectos de esta Póliza, los términos que se señalan a continuación tendrán el siguiente significado:

1. **ACCIDENTE DE TRABAJO:** todo suceso que produzca en el trabajador o la trabajadora, una lesión funcional o corporal, permanente o temporal, inmediata o posterior o la muerte, resultante de una acción que pueda ser determinada o sobrevenida en el curso del trabajo, por el hecho o con ocasión del trabajo.

Serán igualmente accidentes de trabajo:

- a) La lesión interna determinada por un esfuerzo violento o producto de la exposición a agentes físicos, mecánicos, químicos, biológicos, psicosociales, condiciones meteorológicas, sobrevenidos en las mismas circunstancias.
 - b) Los accidentes acaecidos en actos de salvamento y en otros de naturaleza análoga, cuando tengan relación con el trabajo.
 - c) Los accidentes que sufra el trabajador o la trabajadora en el trayecto hacia y desde su centro de trabajo, siempre que ocurra durante el recorrido habitual, salvo que haya sido necesario realizar otro recorrido por motivos que no le sean imputables al trabajador o la trabajadora y exista concordancia cronológica y topográfica en el recorrido.
 - d) Los accidentes que sufra el trabajador o la trabajadora con ocasión del desempeño de cargos electivos en organizaciones sindicales, así como los ocurridos al ir o volver del lugar donde se ejerciten funciones propias de dichos cargos, siempre que concurren los requisitos de concordancia cronológica y topográfica exigidos en el numeral anterior.
2. **ATENCIÓN AMBULATORIA:** atención médica suministrada a un trabajador o trabajadora, cuando su permanencia en la institución hospitalaria sea menor a 24 horas.
 3. **COSTO RAZONABLE:** es el promedio calculado por la Empresa de Seguros de los gastos cubiertos por tratamientos médicos y/o intervenciones quirúrgicas de instituciones hospitalarias 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 quirúrgica o tratamiento médico igual o similar, libre de complicaciones y que de acuerdo a las condiciones de esta Póliza se encuentran cubiertos. Este 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 el Asegurado incurrió en los gastos, incrementado según el Índice Nacional de Precios al Consumidor (I.N.P.C.) del Banco Central de Venezuela registrado en el mismo mes. Cuando este promedio no pueda ser obtenido, el costo razonable será el monto facturado.



No obstante, si la Empresa de Seguros hubiere acordado con algún proveedor un baremo, deberá efectuar la indemnización de los servicios prestados por este proveedor de acuerdo con el referido baremo.

De ser el caso, el costo razonable de los gastos cubiertos debe ajustarse a los baremos o a la estructura de precios que el Estado haya fijado en el área de prestación de servicios de salud.

Este concepto es aplicable a toda adquisición de insumos, suministros, instrumentos especiales o equipos médicos.

4. **ENFERMEDAD OCUPACIONAL:** los estados patológicos contraídos o agravados con ocasión del trabajo o exposición al medio en el que el trabajador o la trabajadora se encuentra obligado a trabajar, tales como los imputables a la acción de agentes físicos y mecánicos, condiciones disergonómicas, meteorológicas, agentes químicos, biológicos, factores psicosociales y emocionales, que se manifiesten por una lesión orgánica, trastornos enzimáticos o bioquímicos, trastornos funcionales o desequilibrio mental, temporales o permanentes.
5. **EVENTO:** hecho o circunstancia que trae como consecuencia la alteración de la salud, producto de un accidente de trabajo o enfermedad ocupacional.
6. **INSTITUCIÓN HOSPITALARIA:** establecimiento permanente con permiso sanitario vigente para suministrar asistencia médica, autorizado por el organismo público competente. No serán consideradas instituciones hospitalarias para los efectos de esta Póliza, lugares de descanso, geriátricos, spas, hidroclínicas y cualquier institución que suministre tratamientos similares, centros exclusivos para tratamiento de farmacodependientes, de dipsómanos (alcohólicos), enfermos mentales o desordenes de conducta, ni lugares donde se proporcionen tratamientos naturistas, terapias alternativas y acupuntura.
7. **MÉDICAMENTE NECESARIO:** conjunto de medidas o procedimientos ordenados y suministrados por un médico o institución hospitalaria, que se ponen en práctica para el tratamiento, curación o alivio de una enfermedad o lesión, bajo las siguientes características:
 - a) Que sea apropiado para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad o lesión.
 - b) Que sea congruente con las normas profesionales aceptadas en la práctica de la medicina en la República Bolivariana de Venezuela y por la Federación Médica Venezolana o por la comunidad médica del país donde se presta el servicio o tratamiento.
 - c) Que el nivel de servicio o suministro sea idóneo y pueda ser proporcionado sin riesgo para el trabajador o trabajadora afectado.
 - d) Que no sea primordialmente para el confort o la conveniencia personal del trabajador o la trabajadora, de su familia o de su Médico.



8. **MÉDICO:** profesional de la medicina titulado e inscrito en el Ministerio con competencia en materia de salud o en la institución que legalmente corresponda, para ejercer la profesión médica en el país donde presta sus servicios.
9. **MÉDICO TRATANTE:** médico capacitado y competente para certificar las calificaciones de las consecuencias de accidentes de trabajo o enfermedades ocupacionales y sus respectivas prestaciones dinerarias, 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.
10. **PRÓTESIS:** dispositivo o aparato diseñado para reemplazar una parte faltante del cuerpo o para hacer que una parte del cuerpo trabaje mejor.
11. **SALARIO NORMAL:** es la remuneración devengada por el trabajador o trabajadora en forma regular y permanente por la prestación de su servicio. Quedan por tanto excluidos del mismo, las percepciones de carácter accidental, las derivadas de las prestaciones sociales y las que la Ley Orgánica del Trabajo, de los Trabajadores y Trabajadoras, considere que no tienen carácter salarial. Para la estimación del salario normal, ninguno de los conceptos que lo conforman, producirá efectos sobre sí mismo.
12. **TIPO DE NÓMINA:** es la clasificación de los trabajadores o trabajadoras que integran la nómina del empleador. Tipo 1: corresponde a personal obrero, Tipo 2: corresponde a personal administrativo y Tipo 3: corresponde a todos los trabajadores, sin distinción si es personal obrero o administrativo.
13. **TRATAMIENTO MÉDICO:** conjunto de medidas realizadas u ordenadas por un médico, que se ponen en práctica para la curación o alivio de una enfermedad o lesión, incluyendo medicamentos prescritos, insumos o prótesis.

CLÁUSULA 2: COBERTURA BÁSICA

La Empresa de Seguros, ampara las prestaciones dinerarias, definidas en párrafos posteriores, que el Asegurado pagará al trabajador o derechohabientes, por la consecuencia directa y exclusiva de accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales, tal como se define en la CLÁUSULA 1: INTERPRETACIÓN DE TÉRMINOS de las Condiciones Particulares, que sean certificados como tales y de acuerdo a la calificación establecida por el médico tratante o por cualquier autoridad competente especialista en la materia, que ocurran durante la vigencia del Contrato de Seguros y que sean sufridos por trabajadores o trabajadoras del Asegurado.

CALIFICACIONES DE LAS CONSECUENCIAS DE ACCIDENTES DE TRABAJO O ENFERMEDADES OCUPACIONALES Y SUS RESPECTIVAS PRESTACIONES DINERARIAS:

1. **MUERTE DEL TRABAJADOR O LA TRABAJADORA:** se ampara la muerte del trabajador o trabajadora activo. La prestación dineraria a ser pagada por la Empresa de Seguros, será igual al salario de tres (3) años del trabajador o la trabajadora. Esta prestación no excederá de la cantidad equivalente a cincuenta (50) salarios mínimos.



2. **GRAN DISCAPACIDAD:** es la contingencia que como consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad ocupacional, obliga al trabajador o trabajadora amparada, a auxiliarse de otras personas para realizar los actos elementales de la vida diaria, es decir, cuando no puede valerse por sí mismo, de forma permanente. La prestación dineraria a ser pagada por la Empresa de Seguros, será fijada como pago único, el cual será igual al salario de tres (3) años del trabajador o la trabajadora. Esta prestación no excederá de la cantidad equivalente a cincuenta (50) salarios mínimos.
3. **DISCAPACIDAD ABSOLUTA Y PERMANENTE PARA EL TRABAJO:** se ampara la discapacidad absoluta y permanente para el trabajo, sufrida por el trabajador o trabajadora. La prestación dineraria a ser pagada por la Empresa de Seguros, será igual al salario de dos (2) años del trabajador o la trabajadora. Esta prestación no excederá de la cantidad equivalente a cincuenta (50) salarios mínimos.
4. **DISCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO:** se ampara la discapacidad temporal para el trabajo sufrida por el trabajador o trabajadora. La prestación dineraria a ser pagada por la Empresa de Seguros, será igual al salario correspondiente a los días de duración de la discapacidad del trabajador o trabajadora. Esta prestación, no excederá del salario correspondiente a un (1) año del trabajador o trabajadora, pudiéndose extender por un (1) año adicional, conforme a lo establecido por el médico tratante. Sin embargo y no obstante, la Empresa de Seguros procederá a realizar pagos por la extensión de la discapacidad, sin superar el equivalente a una discapacidad de noventa (90) días. Los sucesivos pagos, en caso de proceder, se realizarán siguiendo el mismo patrón del pago inicial, es decir, hasta noventa (90) días o fracción o hasta agotarse el período completo dispuesto para esta cobertura. Todo período adicional, deberán ser soportados por informes del médico tratante, donde certifique que la condición de discapacidad del trabajador o trabajadora, aún se mantiene.
5. **DISCAPACIDAD PARCIAL Y PERMANENTE:** se ampara la discapacidad parcial y permanente sufrida por el trabajador o trabajadora. La prestación dineraria a ser pagada por la Empresa de Seguros, será la resultante de multiplicar el salario normal del trabajador o trabajadora por el número de meses estipulado en la escala de indemnizaciones que corresponda, según CLÁUSULA 3: ESCALA DE INDEMNIZACIONES PARA LA DISCAPACIDAD PARCIAL PERMANENTE de las Condiciones Particulares, para el momento de la ocurrencia del Siniestro. Si un evento produce al trabajador o trabajadora varias invalideces, a los efectos de la prestación dineraria a ser pagada por la Empresa de Seguros, se acumularán los números de meses fijados para cada una de ellas, sin exceder en ningún caso, el salario de un (1) año del trabajador o trabajadora, ni de la cantidad equivalente a treinta (30) salarios mínimos, lo que sea menor.
6. **GASTOS DE ENTIERRO:** se amparan los gastos de entierro siempre y cuando la muerte del trabajador o trabajadora sea a consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad ocupacional. El pago bajo esta Póliza para cubrir estos gastos no excederá de la cantidad equivalente a siete y medio (7,5) salarios mínimos.



CLÁUSULA 3: ESCALA DE INDEMNIZACIONES PARA LA DISCAPACIDAD PARCIAL PERMANENTE

Discapacidad	Nº meses
1. Pérdida de la capacidad auditiva de un solo oído	4
2. Pérdida de la capacidad auditiva de ambos oídos	12
3. Pérdida total de la visión de un ojo	10
4. Pérdida de un (1) ojo con enucleación	12
5. Reducción de visión de ambos ojos en más del 50%	12
6. Pérdida total del maxilar inferior o ablación total de la mandíbula	10
7. Pérdida del habla	12
8. Pérdida total del olfato o el gusto	10
9. Pérdida total del movimiento del hombro o del codo	2
10. Pérdida del brazo izquierdo por encima de la articulación del codo, cuando el accidentado fuera diestro	12
11. Pérdida del brazo derecho por encima de la articulación del codo, cuando el accidentado fuera zurdo	12
12. Fractura mal consolidada de un brazo, que afecte su movilidad	8
13. Pérdida de uno cualquiera de los antebrazos, hasta la articulación del codo	11
14. Fractura mal consolidada del antebrazo, que afecte su movilidad:	
– de los dos (2) huesos	8
– de uno (1) solo hueso	6
15. Pérdida de la mano	11
16. Pérdida total del dedo:	
– pulgar y de todos los demás dedos de la misma mano	11
– pulgar y de otros tres (3) dedos de la misma mano	10
– pulgar y de otros dos (2) dedos de la misma mano	9
– pulgar y de otro dedo de la misma mano	8
– pulgar	7
17. Pérdida total de cualquier dedo	3
18. Pérdida total de:	
– dos (2) dedos de la misma mano, que no sea el pulgar	5
– tres (3) dedos de la misma mano, que no sea el pulgar	7
– cuatro (4) dedos de la misma mano, que no sea el pulgar	10
19. Pérdida de la primera falange del pulgar	4
20. Pérdida de una (1) falange de cualquier dedo que no sea el pulgar	2
21. Pérdida de dos (2) falange de cualquier dedo que no sea el pulgar	2
22. Anquilosis de la articulación carpometacarpiana del dedo pulgar	3
23. Anquilosis de la articulación metacarpofalangiana del dedo pulgar	4
24. Anquilosis de la articulación interfalangiana del dedo pulgar	2
25. Anquilosis de la articulación metacarpofalangiana de cualquier dedo que no sea el pulgar	2
26. Anquilosis de la articulación interfalangiana de cualquier dedo que no sea el pulgar	1
27. Anquilosis de dos (2) o todas las articulaciones interfalangianas de cualquier dedo que no sea el pulgar	2
28. Pérdida de un pie hasta el tobillo	10
29. Fractura mal consolidada de un pie que afecte su movilidad	8
30. Pérdida de cualquier dedo del pie	2
31. Pérdida del dedo gordo o del pequeño del pie, con mutilación de sus respectivos metatarsos	4
32. Anquilosis de dos (2) articulaciones coxofemorales	12
33. Traumatismo con lesión de la médula, si el andar es posible con muletas	12
34. Pérdida total del movimiento de la rodilla	10
35. Pérdida total de los movimientos del tobillo	8
36. Pérdida total del movimiento de la articulación subastragalina	6
37. Fractura mal consolidada del fémur o de los huesos de la pierna que afecte su movilidad	10
38. Pérdida total por amputación o inutilización de:	
– una (1) pierna por encima de la rodilla	12
– una (1) pierna por debajo de la rodilla o un pie	12
39. Pérdida total del pene que obligue a efectuar la micción por medio de un mento artificial	12
40. Pérdida de los dos (2) testículos	12



CLÁUSULA 4: SALARIO BASE PARA EL CÁLCULO DE LAS PRESTACIONES DINERARIAS

A los efectos de las prestaciones dinerarias previstas en la CLÁUSULA 2: COBERTURA BÁSICA de las Condiciones Particulares, se aclara que el salario base para el cálculo de las mismas deberá entenderse como sigue:

1. En los casos en que se estableciere el salario del trabajador o trabajadora, se aplicará el salario normal que hubiere tenido derecho a cobrar el trabajador o la trabajadora el día que ocurrió el Siniestro.

En los casos de trabajo por unidad de obra, por piezas, a destajo, por tarea, el salario será el promedio de lo que haya percibido, en los doce (12) meses inmediatamente anteriores al Siniestro.

2. En los casos en que se estableciere el salario mínimo como base para el cálculo de la prestación, se entenderá que se hace referencia al salario mínimo mensual vigente en la capital de la República Bolivariana de Venezuela, a la fecha de ocurrencia del Siniestro. Si en esta se encontraran en vigencia dos (2) o más salarios mínimos, se tomará aquel de mayor cuantía.

CLÁUSULA 5: ACUMULACIÓN DE PRESTACIONES DINERARIAS EN LA COBERTURA BÁSICA

Cuando un mismo accidente de trabajo produzca en el trabajador o la trabajadora una determinada discapacidad, calificada por el médico tratante o cualquier autoridad competente especialista en la materia y posteriormente otra de distinta naturaleza, o la muerte, calificadas igualmente por el médico tratante o cualquier autoridad competente especialista en la materia, las prestaciones que correspondan por razón de las últimas, serán pagadas independientemente de las que hubieran sido ya pagadas en razón de la primera, salvo en los casos donde se haya calificado previamente la Discapacidad absoluta y permanente para el trabajo y posteriormente se haya calificado la Gran Discapacidad por el mismo evento, en cuyo caso se pagará la diferencia, cuando corresponda. Asimismo, la prestación correspondiente a gastos de entierro no se descontará de las prestaciones que deban pagarse conforme a otros conceptos.

La Empresa de Seguros asumirá, hasta los límites de responsabilidad indicados en la CLÁUSULA 15: LÍMITES DE RESPONSABILIDAD DE LA EMPRESA DE SEGUROS de las Condiciones Particulares, las prestaciones a que hubiere lugar por acumulación de prestaciones en la cobertura básica, por las calificaciones emanadas por el médico tratante o cualquier autoridad competente especialista en la materia, solamente hasta un (1) año después de la calificación inicial emitida por cualquiera de las partes antes mencionadas.

CLÁUSULA 6: REVISIÓN DE LA CALIFICACIÓN DE LAS CONSECUENCIAS DE UN ACCIDENTE DE TRABAJO O UNA ENFERMEDAD OCUPACIONAL

En aquellos casos donde ocurra una recalificación, por parte del médico tratante o cualquier autoridad competente especialista en la materia, de las consecuencias de un accidente de

trabajo o una enfermedad ocupacional, previamente calificadas, por parte del mismo médico tratante o autoridades mencionadas, la Empresa de Seguros pagará o recuperará, según sea el caso, la diferencia que pueda existir entre la prestación dineraria por la calificación previamente establecida y la prestación dineraria por la calificación posterior.

La Empresa de Seguros asumirá, hasta los límites de responsabilidad indicados en la CLÁUSULA 15: LÍMITES DE RESPONSABILIDAD DE LA EMPRESA DE SEGUROS de las Condiciones Particulares, las prestaciones a que hubiere lugar por revisión de las calificaciones emanadas del médico tratante o cualquier autoridad competente especialista en la materia, solamente hasta un (1) año después a la calificación inicial emitida por tal organismo.

CLÁUSULA 7: AGRAVAMIENTO DE LAS CONSECUENCIAS POR RECHAZO DEL TRATAMIENTO

En el caso de que un trabajador o trabajadora afectado por un accidente de trabajo o enfermedad ocupacional, se negare reiteradamente a someterse a las disposiciones, regímenes y tratamientos que indiquen los facultativos que presten la asistencia, las prestaciones previstas en la cobertura básica de la Póliza se calcularán teniendo en cuenta la clase, el grado y la duración que hubiera tenido la discapacidad, si se hubieren cumplido las referidas disposiciones, regímenes y tratamientos.

CLÁUSULA 8: COBERTURAS OPCIONALES

A solicitud del Tomador o Asegurado, la Empresa de Seguros incluirá las siguientes coberturas a la Póliza:

1. Gastos por asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica.
2. Hernias para tejidos blandos.
3. Hernias discales.
4. Exceso de gastos por asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica.
5. Exceso de gastos por rehabilitación.

CLÁUSULA 9: COBERTURA DE GASTOS POR ASISTENCIA MÉDICA, QUIRÚRGICA Y FARMACÉUTICA

La Empresa de Seguros indemnizará el ciento por ciento (100%) de los gastos cubiertos, médicamente necesarios, sujeto al costo razonable, que excedan del Deducible vigente a la fecha de ocurrencia del Siniestro y hasta la cantidad máxima establecida como Suma Asegurada para esta cobertura; por la hospitalización y/o intervención quirúrgica y/o tratamiento médico, que reciba cada trabajador amparado bajo la Póliza, durante la vigencia de la misma, por cada enfermedad ocupacional o por lesiones producidas por un accidente de trabajo, excluyendo Hernias de cualquier naturaleza, tal como se definen en la CLÁUSULA 10: COBERTURA DE HERNIAS PARA TEJIDOS BLANDOS y CLÁUSULA 11: COBERTURA DE

HERNIAS DISCALES de las Condiciones Particulares, hasta agotarse la Suma Asegurada de esta cobertura por trabajador y evento.

Si el Tomador o Asegurado decide renovar la Póliza, no significa que una nueva Suma Asegurada estará disponible para los tratamientos y gastos cubiertos que continúen en esa nueva vigencia, producto de accidentes de trabajo o enfermedades ocupacionales que se hayan producido con anterioridad; todo ello sujeto a los términos y condiciones establecidos en la Póliza.

CLÁUSULA 10: COBERTURA DE HERNIAS PARA TEJIDOS BLANDOS

La Empresa de Seguros indemnizará el ciento por ciento (100%) de los gastos cubiertos, médicamente necesarios, sujeto al costo razonable, que excedan del Deducible vigente a la fecha de ocurrencia del Siniestro y hasta la cantidad máxima establecida como Suma Asegurada para esta cobertura; por la hospitalización y/o intervención quirúrgica y/o tratamiento médico, que reciba cada trabajador amparado bajo la Póliza, durante la vigencia de la misma, como consecuencia de las lesiones internas determinada por un esfuerzo violento o producto de la exposición a agentes físicos, mecánicos, químicos, biológicos, psicosociales, condiciones meteorológicas, sobrevenidos en las mismas circunstancias, asociadas a accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales y que produzcan protrusión de contenido, a través de una debilidad de la pared, hasta agotarse la Suma Asegurada para esta cobertura por trabajador y evento.

Si el Tomador o Asegurado decide renovar la Póliza, no significa que una nueva Suma Asegurada estará disponible para los tratamientos y gastos cubiertos que continúen en esa nueva vigencia producto de accidentes de trabajo o enfermedades ocupacionales que se hayan producido con anterioridad; todo ello sujeto a los términos y condiciones establecidos en la Póliza.

CLÁUSULA 11: COBERTURA DE HERNIAS DISCALES

La Empresa de Seguros indemnizará el ciento por ciento (100%) de los gastos cubiertos, médicamente necesarios, sujeto al costo razonable, que excedan del Deducible vigente a la fecha de ocurrencia del Siniestro y hasta la cantidad máxima establecida como Suma Asegurada para esta cobertura; por la hospitalización y/o intervención quirúrgica y/o tratamiento médico, que reciba cada trabajador amparado bajo la Póliza, durante la vigencia de la misma, como consecuencia de las lesiones internas determinada por un esfuerzo violento o producto de la exposición a agentes físicos, mecánicos, químicos, biológicos, psicosociales, condiciones meteorológicas, sobrevenidos en las mismas circunstancias, asociadas a accidentes de trabajo o enfermedades ocupacionales y que produzcan el desplazamiento de uno o varios discos intervertebrales con compresión del saco medular y/o las raíces nerviosas, hasta agotarse la Suma Asegurada para esta cobertura por trabajador y evento.

Si el Tomador o Asegurado decide renovar la Póliza, no significa que una nueva Suma Asegurada estará disponible para los tratamientos y gastos cubiertos que continúen en esa nueva vigencia producto de accidentes de trabajo o enfermedades ocupacionales que se hayan producido con anterioridad; todo ello sujeto a los términos y condiciones establecidos en la Póliza.

CLÁUSULA 12: EXCESO DE GASTOS POR ASISTENCIA MÉDICA, QUIRÚRGICA Y FARMACÉUTICA

La modalidad de Suma Asegurada que se aplica para esta cobertura, es un monto único y agregado anual por todos y cada uno de los eventos cubiertos por la Póliza para este concepto de gastos por asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica, excluyendo hernias de cualquier naturaleza como lo definido anteriormente y todo gasto relacionado con rehabilitación.

La Suma Asegurada contratada para esta cobertura, es el monto máximo que la Empresa de Seguros se compromete a indemnizar, garantizando el ciento por ciento (100%) de los gastos cubiertos, médicamente necesarios, sujeto al costo razonable y en exceso de la Suma Asegurada establecida en la CLÁUSULA 9: COBERTURA DE GASTOS POR ASISTENCIA MÉDICA, QUIRÚRGICA Y FARMACÉUTICA de las Condiciones Particulares, y en la medida que cualquiera de los beneficiarios de esta Póliza vaya haciendo uso de la misma, agotará la Suma Asegurada sin que aplique ningún tipo de restitución.

Si el Tomador o Asegurado decide renovar la Póliza, no significa que una nueva Suma Asegurada estará disponible para los tratamientos y gastos cubiertos que continúen en esa nueva vigencia producto de accidentes de trabajo o enfermedades ocupacionales que se hayan producido con anterioridad; todo ello sujeto a los términos y condiciones establecidos en la Póliza.

CLÁUSULA 13: EXCESO DE GASTOS POR REHABILITACIÓN

La modalidad de Suma Asegurada que se aplica para esta cobertura, es un monto único y agregado anual por todos y cada uno de los eventos cubiertos por la Póliza para este concepto de gastos por rehabilitación. La Suma Asegurada contratada para esta cobertura, es el monto máximo que la Empresa de Seguros se compromete a indemnizar, garantizando el ciento por ciento (100%) de los gastos cubiertos, médicamente necesarios, sujeto al costo razonable y en exceso de la Suma Asegurada establecida en la CLÁUSULA 9: COBERTURA DE GASTOS POR ASISTENCIA MÉDICA, QUIRÚRGICA Y FARMACÉUTICA y/o CLÁUSULA 11: COBERTURA DE HERNIAS DISCALES de las Condiciones Particulares, y en la medida que cualquiera de los beneficiarios de esta Póliza vaya haciendo uso de la misma, agotará la Suma Asegurada sin que aplique ningún tipo de restitución.

Si el Tomador o Asegurado decide renovar la Póliza, no significa que una nueva Suma Asegurada estará disponible para los tratamientos y gastos cubiertos que continúen en esa nueva vigencia producto de accidentes o enfermedades ocupacionales que se hayan producido con anterioridad; todo ello sujeto a los términos y condiciones establecidos en la Póliza.

CLÁUSULA 14: GASTOS CUBIERTOS

Queda entendido que la Empresa de Seguros, sujeto a las condiciones y términos indicadas en las coberturas opcionales, previamente descritas y las exclusiones indicadas en la CLÁUSULA 8: COBERTURAS OPCIONALES de las Condiciones Particulares, cubre el ciento por ciento (100%) de los gastos amparados ocasionados durante la vigencia del Contrato, sujeto al costo razonable, en exceso del Deducible contratado y hasta la Suma Asegurada

contratada, como consecuencia de enfermedades ocupacionales o de lesiones producidas por un accidente de trabajo del trabajador o trabajadora del Asegurado.

El monto total a indemnizar por la Empresa de Seguros bajo las coberturas opcionales, estará sujeto al máximo establecido como Suma Asegurada reflejada en la Póliza, al costo razonable y a los límites de responsabilidad indicados en la CLÁUSULA 15: LÍMITES DE RESPONSABILIDAD DE LA EMPRESA DE SEGUROS de las Condiciones Particulares.

Tales gastos han de ser comprobados mediante recibos y facturas originales debidamente canceladas y no deben tener su origen en las exclusiones establecidas en la Póliza.

Están cubiertos los gastos medicamente necesarios utilizados para el tratamiento médico, intervención quirúrgica con o sin hospitalización, servicios hospitalarios, medicinas, suministros y equipos especiales, requeridos para el tratamiento de enfermedades ocupacionales o de lesiones producidas por accidentes de trabajo sufridos por el trabajador o trabajadora del Asegurado. Queda además entendido que:

1. Los gastos por concepto de pago de honorarios médicos, conjuntamente con los demás beneficios cubiertos por esta Póliza, están sujetos a la Suma Asegurada contratada.
2. Los medicamentos deben haber sido indicados bajo prescripción médica específica, ser necesarios para el tratamiento médico de la enfermedad ocupacional o la lesión producida por el accidente de trabajo y ser adquiridos en un establecimiento autorizado para el expendio de productos farmacéuticos. Para su indemnización deberán presentarse los correspondientes récipes originales de prescripción.
3. El material médico quirúrgico y los suministros serán indemnizados contra la presentación del desglose de su consumo y costo facturado por parte de la institución hospitalaria, siempre que hayan sido necesarios para el tratamiento de la enfermedad ocupacional o la lesión producida por el accidente de trabajo.
4. Los gastos hospitalarios cubiertos se refieren exclusivamente al servicio de habitación corriente (distinta a habitaciones especiales o de lujo, suites y semi-suites), los cuales incluyen la alimentación del paciente, conforme a la prescripción facultativa, y hasta por el máximo del costo de la habitación privada corriente en la institución hospitalaria. Además están cubiertos los gastos por uso de teléfono (llamadas locales), admisión, uso de la televisión del cuarto ocupado por el paciente y el costo de pernoctas del acompañante, cuando ocupe la misma habitación que del paciente. No se consideran Gastos Cubiertos otros gastos hospitalarios diferentes a los antes mencionados y los que genere el acompañante por concepto de alimentación.
5. El servicio de enfermera particular estará amparado, siempre que sea prestado dentro de la institución hospitalaria y ordenado por el médico tratante, en virtud de la enfermedad ocupacional o lesión producida por el accidente de trabajo, dada la gravedad del paciente y la necesidad de atención especializada. La enfermera debe ser profesional graduada, legalmente facultada para ejercer la profesión y no tener parentesco con el trabajador o trabajadora afectada, dentro del segundo grado de consanguinidad, ni convivir con este.



6. Están cubiertos los gastos por concepto de prótesis: oculares, de cadera, de miembros superiores e inferiores, cardiovasculares, articulares, de vías digestivas, derivaciones ventriculoperitoneales, marcapasos cardíacos, así como las dentales, auditivas, testiculares, de mamas, que podrían ser requeridas por la pérdida de órganos o miembros como consecuencia de enfermedades ocupacionales o accidentes de trabajo sufridas por el trabajador o trabajadora del Asegurado, que hayan sido diagnosticadas, tratadas y amparadas durante la vigencia del Contrato y cuya indicación médica sea de carácter, uso e instalación permanente.

Es requisito indispensable para gozar del beneficio establecido en el presente numeral, que la Empresa de Seguros deba suministrar la prótesis requerida de acuerdo con la disponibilidad y/o existencia de la misma en su red de proveedores de suministros médicos-quirúrgicos. En caso que no exista disponibilidad de la prótesis en la referida red, el Asegurado podrá adquirirla, previo acuerdo con la Empresa de Seguros.

7. Están cubiertos los gastos para la adquisición de muletas, de miembros y ojos artificiales y de sillas de ruedas manuales que se requieran para uso permanente, como consecuencia de un accidente de trabajo y enfermedad ocupacional, del trabajador o trabajadora del Asegurado, amparada por la Póliza.
8. Están cubiertos los gastos de alquiler por concepto de aparatos ortopédicos, sillas de ruedas manuales y camas especiales, así como equipos para la administración de oxígeno, respiradores artificiales, otros equipos para el tratamiento médico de parálisis respiratoria y en general, todos aquellos relacionados con cualquier clase de equipos especiales. Cuando el costo del alquiler por el tiempo estimado de uso, de acuerdo al criterio del médico tratante, supere el costo de adquisición, la Empresa de Seguros podrá efectuar la compra de estos y una vez culminado el proceso de rehabilitación del trabajador o trabajadora afectada, o la utilización de estos aparatos o equipos, se deberá, efectuar su devolución de los mismos a la Empresa de Seguros, dentro de los treinta (30) días continuos siguientes.
9. Están cubiertos los gastos por concepto de pruebas, quimioterapia, radioterapia, análisis y exámenes, fluoroscopias, radiografías, isótopos radioactivos, electrocardiogramas, ultrasonidos, metabolismo y exámenes de sangre y otros similares, que guarden relación con el tratamiento de la enfermedad ocupacional o lesión producida por un accidente de trabajo, se consideran cubiertos en caso de haber sido expresamente ordenados por un médico y se requieran en el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad ocupacional o lesión producida por un accidente de trabajo, amparado por la Póliza.
10. La cobertura que ofrece la presente Póliza, se extiende a tratamientos dentales que sean originados como consecuencia de un accidente de trabajo que ocurra durante la vigencia del seguro, debidamente notificado y comprobado por la Empresa de Seguros, en el momento de su ocurrencia a través de informe de especialistas y radiografías de la lesión sufrida al momento de la ocurrencia del evento, siempre que el accidente de trabajo se encuentre amparado bajo las Condiciones Generales y Particulares de esta Póliza y que los gastos globales que se originen por un tratamiento o intervención se realicen como máximo dentro de los noventa (90) días continuos y siguientes a la fecha de ocurrencia del mismo.



11. Están cubiertos los gastos por atención ambulatoria, para intervenciones quirúrgicas.
12. Los gastos por concepto de honorarios médicos por intervención quirúrgica en forma ambulatoria o con hospitalización están limitados a un (1) cirujano, hasta un máximo de dos (2) ayudantes y un (1) anestesiólogo, que participen en la intervención o intervenciones quirúrgicas relacionadas con el accidente de trabajo o enfermedad ocupacional. Estos honorarios médicos, como las demás partidas cubiertas, están sujetos al límite máximo de la Suma Asegurada establecida en la Póliza. En caso de tratamiento ambulatorio, los honorarios médicos serán indemnizados contra la presentación de facturas originales totalmente canceladas y debidamente identificadas con el nombre del médico, su especialidad, número de Registro de Información Fiscal (RIF), número de inscripción en el Ministerio con competencia en materia de salud, número de cédula de identidad e indicación del servicio médico efectuado.

Si en el curso de una misma hospitalización o acto quirúrgico, el trabajador afectado o la trabajadora afectada, es atendido por dos o más cirujanos, o si se efectúan dos o más intervenciones quirúrgicas por la misma enfermedad ocupacional o accidente de trabajo, éstas serán consideradas como una sola a los efectos de la indemnización. Si se presentan accidentes y/o complicaciones y enfermedades directas o indirectas originadas por la afección primaria, durante el curso de la hospitalización o que requieran nueva hospitalización, la indemnización en ningún caso excederá por cada trabajador o trabajadora, hasta la cantidad máxima establecida como Suma Asegurada, para la cobertura opcional de la Póliza.

En el caso de dos (2) o más intervenciones quirúrgicas practicadas en un mismo acto quirúrgico, la Empresa de Seguros pagará de la siguiente manera: el ciento por ciento (100%) de la de mayor costo, cincuenta por ciento (50%) de la siguiente y veinticinco por ciento (25%) del costo de cada una de las siguientes, sin exceder en ningún caso de la Suma Asegurada de la cobertura opcional de la Póliza.

13. Están cubiertos los gastos por atención médica recibida en instituciones hospitalarias públicas e instituciones benéficas, los cuales serán pagados exclusivamente contra la presentación de facturas y soportes originales que demuestren la cancelación de los gastos incurridos, siempre que estén cubiertos por esta Póliza.
14. Están cubiertos los gastos por concepto de rehabilitación, prescrita por el médico tratante y practicada por profesionales autorizados en la materia, destinada a la recuperación de la capacidad física perdida como consecuencia de una enfermedad ocupacional o de un accidente de trabajo, amparado por la presente Póliza, previa aprobación por parte del departamento médico de la Empresa de Seguros, el cual de acuerdo al tipo de lesión determinará el número de sesiones y el monto máximo a indemnizar.
15. Están amparados los gastos por concepto de intervención quirúrgica de tipo reconstructiva originada por un proceso maligno en órgano afectado por una enfermedad ocupacional, u originado por una lesión sufrida, debida a un accidente de trabajo, ocurrido durante la vigencia de la Póliza, debidamente notificado y comprobado a la Empresa de Seguros, para ser indemnizado bajo la misma, la intervención quirúrgica a que diere lugar, deberá ser realizada dentro de los ciento ochenta (180) días continuos y siguientes a dicho evento.



16. Están cubiertos los servicios hospitalarios o clínicos suministrados por la institución hospitalaria en virtud del tratamiento médico o intervención quirúrgica amparada y otorgada al trabajador afectado o trabajadora afectada, no considerándose entre estos, el costo correspondiente a los servicios de analgesia postoperatoria, los costos administrativos de la institución hospitalaria que se trasladan al paciente, como son: gastos de cobranza, limpieza, microfilm, historias clínicas, estacionamiento, misceláneos, impuestos y otros costos no definidos ni relacionados con el tratamiento de la enfermedad ocupacional o de la lesión producida por el accidente de trabajo.
17. La Empresa de Seguros efectuará las indemnizaciones de los gastos cubiertos según la presente Póliza en la República Bolivariana de Venezuela y en moneda nacional. En los casos en que el gasto sea incurrido en el exterior, toda la documentación a presentar deberá estar legalmente traducida al idioma castellano y las facturas debidamente canceladas. La indemnización se efectuará en moneda nacional, dentro de los treinta (30) días hábiles al recibo en la oficina de la Empresa de Seguros, de toda la documentación requerida, a la tasa de cambio oficial para la venta vigente, establecida por el Banco Central de Venezuela, para el momento de ocurrencia del reclamo y siempre que la reclamación resulte válida según las condiciones de esta Póliza, realizando la indemnización como si dicha operación, hospitalización o tratamiento se hubiese efectuado en la República Bolivariana de Venezuela, en la fecha en que ocurrió el evento.

CLÁUSULA 15: 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 afectadas en dicho Siniestro (límite por trabajador). Este límite también constituirá el monto máximo que la Empresa de Seguros indemnizará por trabajador o trabajadora dentro del período de vigencia de la Póliza.

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 afectadas en dicho Siniestro (límite por dos o más trabajadores). Este límite también constituirá el monto máximo que la Empresa de Seguros indemnizará bajo la Póliza dentro del período de vigencia de la misma.

CLÁUSULA 16: MODALIDAD DE LA PÓLIZA Y AJUSTE DE PRIMA

A los efectos de esta Póliza, se entenderá que el Tomador o el Asegurado, han contratado la Póliza, bajo alguna de las siguientes modalidades:

1. Modalidad Nominativa:

Bajo esta modalidad, se entiende que el Tomador o el Asegurado no ha suministrado a la Empresa de Seguros, la descripción de los trabajadores o trabajadoras amparados bajo la Póliza; por lo tanto, el Asegurado, al inicio del período de vigencia de la Póliza, ha declarado el monto de nómina y número de trabajadores o trabajadoras estimados para dicho período, sobre los cuales se calculará la Prima Provisional correspondiente.



El asegurado se compromete a declarar al finalizar la vigencia de la Póliza o aquella que haya sido previamente convenida, el monto de nómina y números de trabajadores o trabajadoras reales, efectivamente causados durante el período de vigencia de la Póliza, con la finalidad de que la Empresa de Seguros calcule la Prima Real del período, y realizar, si procede, el ajuste de Prima que corresponda. Si la Prima Real es menor a la Prima Provisional, la Empresa de Seguros, devolverá la diferencia de Prima al Tomador o Asegurado, sin exceder en ningún caso, del veinte y cinco por ciento (25%) de la Prima Provisional; si la Prima Real es mayor a la Prima Provisional, el Tomador o Asegurado deberá pagar la diferencia de Prima a la Empresa de Seguros, según lo dispuesto en la CLÁUSULA 6: PAGO DE LA PRIMA de las Condiciones Generales.

Si luego de haber finalizado el período de vigencia de la Póliza, el Asegurado no hubiere declarado el monto de nómina y números de trabajadores o trabajadoras reales efectivamente causados durante el período de vigencia de la Póliza, la Empresa de Seguros podrá establecer como monto de la nómina real, la que resulte de incrementar el monto de nómina estimada, declarado al inicio del período de vigencia de la Póliza, en un porcentaje igual al porcentaje de incremento del salario mínimo decretado por el Ejecutivo Nacional, durante ese período. El monto así calculado podrá ser utilizado como base para el cálculo de la Prima Real del período y el ajuste de Prima correspondiente, según el párrafo anterior.

El monto de nómina real declarado por el Asegurado, o calculado conforme a lo estipulado en el párrafo anterior, podrá ser considerado como el monto de nómina estimado para el siguiente período de vigencia de la Póliza.

2. Modalidad Declarativa:

Bajo esta modalidad, se entiende que el Tomador o el Asegurado ha suministrado a la Empresa de Seguros, el monto de nómina estimado para el período de vigencia de la Póliza y la descripción de los trabajadores o trabajadoras amparados bajo la misma, detallando los apellidos, nombres, cédula de identidad, sexo, fecha de nacimiento o cualquier otro dato que haya exigido la Empresa de Seguros, de cada uno de los trabajadores o trabajadoras según tipo de nómina, tal como se define en la CLÁUSULA 1: INTERPRETACIÓN DE TÉRMINOS de las Condiciones Particulares, sobre los cuales se calculará la Prima correspondiente.

La Cobertura de la Póliza es exclusiva para trabajadores o trabajadoras declarados por El Asegurado e inscritos en la Póliza, por lo tanto, si algún trabajador o trabajadora objeto del Siniestro, no estuviese inscrito en la misma, la Empresa de Seguros quedará exenta de toda responsabilidad de indemnización, salvo que dicho trabajador o trabajadora, esté en proceso de inclusión por parte del Asegurado, en cuyo caso, se establece un plazo máximo de quince (15) días continuos, desde la fecha de contratación por parte del Asegurado, para su inclusión.

El Asegurado debe notificar las inclusiones o exclusiones de trabajadores o trabajadoras, así como su correspondiente actualización de monto de nómina, si corresponde, dentro de los siguientes quince (15) días continuos, contados desde la fecha en que se produzca la contratación o retiro del trabajador o trabajadora. El Asegurado se compromete a cancelar

la Prima Adicional y la Empresa de Seguros se compromete a devolver la Prima, cuando sea procedente.

Cuando las inclusiones o exclusiones de trabajadores o trabajadoras, no vengan acompañadas de una actualización del monto de la nómina, la Empresa de Seguros podrá calcular el nuevo monto de nómina, en base al salario promedio inmediatamente anterior, multiplicado por el nuevo número de trabajadores o trabajadoras amparados en la Póliza.

CLÁUSULA 17: CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

Sin perjuicio a lo indicado en la CLÁUSULA 16: MODALIDAD DE LA PÓLIZA Y AJUSTE DE PRIMA de las Condiciones Particulares, la Empresa de Seguros será responsable en los casos de accidentes de trabajo o enfermedades ocupacionales 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 que aparezcan en la nómina del Asegurado al contratar la presente Póliza; o en aquellos casos en los que, aun cuando no aparezcan en la nómina del Asegurado al inicio de la Póliza, se demostrase que son trabajadores o trabajadoras del Asegurado para el momento en que ocurre el Siniestro.

CLÁUSULA 18: DEBERES DEL TOMADOR O ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO

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. 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 el Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laboral (INPSASEL), lo primero que ocurra.
2. Suministrar dentro de los sesenta (60) 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.
 - 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, correspondiente al período en el cual ocurrió el hecho que originó la reclamación.
3. Consignar en caso de muerte y gastos de entierro:

Original y fotocopia del certificado de defunción. En caso que los gastos de entierro sean tramitados bajo reembolso, deberá incluir original y fotocopia de la factura de los mismos.



4. Consignar en caso de Discapacidad parcial y permanente; Gran Discapacidad; Discapacidad temporal; Gastos por asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica; Hernias para tejidos blandos y Hernias Discales:

4.1. Original y fotocopia del informe emitido por el médico tratante. Este informe deberá indicar el tratamiento médico o quirúrgico realizado y deberá tener adjuntos los exámenes médicos complementarios que sirvieron de base para el diagnóstico.

4.2. En caso de Discapacidad temporal, el informe del médico tratante, deberá indicar el tratamiento médico o quirúrgico realizado, así como el período de reposo indicado, incluyendo las sesiones de terapia o rehabilitación que fuere necesario.

4.3. En caso que los Gastos de asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica (incluyendo hernias) sean tramitados bajo reembolso, deberá incluir original de las facturas de gastos médicos o farmacéuticos pagadas. Estas facturas deberán cumplir con la normativa legal exigida por el SENIAT y las facturas por gastos farmacéuticos deberán tener anexo los récipes médicos. De igual manera, las facturas por servicios de laboratorio deberán tener anexas la orden del médico y los resultados de los exámenes practicados.

4.4. En caso que los gastos de asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica (incluyendo hernias) sean tramitados bajo carta aval, contrariamente a lo indicado en el numeral 4.3. que antecede, deberá anexar original del presupuesto del tratamiento a realizar, el cual debe incluir gastos de clínica y honorarios médicos.

5. En caso de reclamaciones derivadas por enfermedad ocupacional:

En todos los casos donde la reclamación tenga origen de una enfermedad ocupacional, deberá incluir la certificación en original y fotocopia del carácter ocupacional de la enfermedad, emitida por el Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laboral (INPSASEL). Este requisito aplica igualmente, cuando la Hernia para tejidos blandos o Hernia Discal, sea tramitada bajo reembolso.

6. Otros recaudos:

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

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

6.1. 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 permanezcan en vigor con la Empresa de Seguros.

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



CLÁUSULA 19: EXCLUSIONES

La Empresa de Seguros no ampara accidentes de trabajo o enfermedades ocupacionales, ni sus consecuencias, derivados de los siguientes eventos:

- 1. Meteorito, terremoto o temblor de tierra, maremoto (tsunami), erupción volcánica, tifón, huracán, ciclón, tormenta, tempestad, lluvia, inundación u otro cataclismo, convulsión de la naturaleza o perturbación atmosférica.**
- 2. Radiaciones atómicas y sus consecuencias, radioactividad nuclear, ya sea controlada o no.**
- 3. Motín, disturbios laborales, saqueos, daños maliciosos, disturbios populares y conflictos de trabajo.**
- 4. Provocados intencionalmente por la víctima.**
- 5. Duelos, riñas, desafíos, apuestas y concursos de cualquier naturaleza.**
- 6. Hallándose el trabajador o trabajadora bajo el efecto del alcohol o alguna droga no prescrita médicamente.**
- 7. Asbestosis o el uso o contacto con asbesto en cualquiera de sus formas.**
- 8. El uso de explosivos.**
- 9. Epidemias.**
- 10. Fuerza mayor ajena al trabajo, a menos que se compruebe la existencia de un riesgo especial.**
- 11. Gastos por asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica, a menos que sea incorporado a la Póliza, previa solicitud del Asegurado, cuyo amparo estará regido por la CLÁUSULA 9: COBERTURA DE GASTOS POR ASISTENCIA MÉDICA, QUIRÚRGICA Y FARMACÉUTICA de las Condiciones Particulares.**
- 12. Hernias para tejidos blandos, a menos que sea incorporado a la Póliza, previa solicitud del Asegurado, cuyo amparo estará regido por la CLÁUSULA 10: COBERTURA DE HERNIAS PARA TEJIDOS BLANDOS de las Condiciones Particulares.**
- 13. Hernias discales, a menos que sea incorporado a la Póliza, previa solicitud del Asegurado, cuyo amparo estará regido por la CLÁUSULA 11: COBERTURA DE HERNIAS DISCALES de las Condiciones Particulares.**
- 14. Las multas impuestas al Asegurado por tribunales o autoridades de cualquier clase.**
- 15. La responsabilidad solidaria que pueda ser imputada al Asegurado por parte de sus contratistas por accidentes de trabajo o enfermedades ocupacionales sufridas por los trabajadores o trabajadoras de tales contratistas.**



16. Gastos por asistencia originados en el servicio médico propio del Tomador o Asegurado, o por cualquier otro, que tenga alguno de estos contratados o con el cual mantengan algún convenio para la atención de sus trabajadores y trabajadoras.
17. Gastos por asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica, si el trabajador o trabajadora, afectado por un accidente de trabajo o enfermedad ocupacional, se negare reiteradamente a someterse a las disposiciones, regímenes y tratamientos que indiquen los facultativos que presten la asistencia.
18. Indemnizaciones por daños morales.
19. La Responsabilidad Civil del Asegurado frente a sus trabajadores o trabajadoras, según la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente del Trabajo.
20. Responsabilidades imputables al Asegurado de acuerdo con la Ley de Seguro Social; Ley Orgánica del Trabajo, de los Trabajadores y Trabajadoras; Contratos Colectivos o cualquier otra disposición legal complementaria o reglamentaria.
21. Responsabilidades establecidas en legislación distinta a la legislación venezolana.

CLÁUSULA 20: PERSONAL EXCLUIDO

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 21: 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, se 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 22: 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 22: PLAZO DE GRACIA

La Empresa de Seguros concederá un plazo de gracia de treinta (30) días continuos para el pago de las Primas de renovación, contados a partir de la fecha de vencimiento del período 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 pagar, la Empresa de Seguros descontará íntegramente la Prima del monto a indemnizar y pagará la diferencia al Asegurado o al Beneficiario según corresponda, por concepto de indemnización del Siniestro. En este caso, el monto a descontar será la Prima completa de renovación que corresponda al mismo período de vigencia anterior.
2. Si el monto a indemnizar es menor a la Prima a pagar, 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 multiplicando por el número de días que contenga dicho período.

CLÁUSULA 23: EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Sin perjuicio de otras exoneraciones de responsabilidad establecidas en las Condiciones Generales, la Empresa de Seguros no estará obligada al pago de la indemnización, en los siguientes casos:

1. Si el Tomador o el Asegurado no notificare el Siniestro o no entregare los documentos requeridos por la Empresa de Seguros, dentro de los plazos señalados en la CLÁUSULA 18: DEBERES DEL TOMADOR O ASEGURADO EN CASO DE

SINIESTRO de las Condiciones Particulares, a menos que se compruebe que la misma dejó de realizarse por causa extraña no imputable al Tomador o Asegurado.

- 2. Si el Asegurado incumpliere lo establecido en la CLÁUSULA 12: SUBROGACIÓN DE DERECHOS de las Condiciones Generales, a menos que compruebe que el incumplimiento es debido a una causa extraña no imputable a él.**
- 3. Si el pago de la Prima se hubiera realizado con posterioridad a la fecha de ocurrencia de un siniestro, salvo que dicho pago se efectúe dentro del plazo establecido en la CLÁUSULA 6: PAGO DE LA PRIMA de las Condiciones Generales o en la CLÁUSULA 22: PLAZO DE GRACIA de las Condiciones Particulares.**
- 4. En caso de omisión, ocultamiento de información o reticencia en las declaraciones suministradas por el asegurado o por terceras personas que obren por cuenta de éste, en la presentación de siniestros, con el propósito de ocultar o disimular la reclamación de un evento o procedimiento no amparado por la presente Póliza.**

CLÁUSULA 24: 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.

Por 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.



Responsabilidad Patronal