



PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD PATRONAL

“**LA VENEZOLANA DE SEGUROS Y VIDA, C. A.**”, inscrita en el Registro Mercantil de la Circunscripción Judicial del Distrito Federal y Estado Miranda, bajo el No. 70, Tomo 4-A, del día 21 de Abril de 1955, según asiento publicado en la Gaceta Municipal del Gobierno del Distrito Federal del día 12 de Mayo de 1955, Ejemplar No. 8351, modificado el día 26 de Diciembre de 2000, bajo el No. 36, Tomo 291-A-SGDO, inscrita en el Registro de Información Fiscal (RIF) bajo el No. J-00021447-6 y con domicilio en Caracas, Avenida Francisco de Miranda. Edificio Easo, piso 16 Chacaito, en lo sucesivo denominada la Empresa de Seguros, basada en las declaraciones del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario, emite la presente Póliza mediante la cual se obliga al pago de las indemnizaciones correspondientes de conformidad con las Condiciones Generales, Particulares y Anexos si los hubiere.

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA 1. OBJETO DEL SEGURO

LA VENEZOLANA DE SEGUROS Y VIDA, C. A., conviene en indemnizar al Tomador, Asegurado o Beneficiario, por la pérdida o el daño sufrido que pudiera ocurrirle a la persona asegurada y hasta por la suma asegurada indicada en el “Cuadro Póliza - Recibo de Prima”, como consecuencia directa de los riesgos cubiertos en las Condiciones Generales, Particulares y Anexos que forma parte integrante de la Póliza.

CLÁUSULA 2. DEFINICIONES

A los efectos de este contrato se entiende por:

EMPRESA DE SEGUROS: La Venezolana de Seguros y Vida, C. A., quien asume los riesgos amparados en la presente Póliza.

TOMADOR: persona natural o jurídica que obrando por cuenta propia o ajena, traslada los riesgos a la Empresa de Seguros y se obliga al pago de la Prima.

ASEGURADO: persona natural que en sus intereses económicos está expuesta a los riesgos amparados por la presente Póliza.

BENEFICIARIO: persona natural o jurídica a favor de quien se ha establecido la indemnización que estará a cargo de la Empresa de Seguros.

PÓLIZA: documento escrito donde constan estas Condiciones Generales, las Condiciones Particulares que individualizan los riesgos amparados, el “Cuadro Póliza - Recibo de Prima”, Recibo de Prima y los Anexos que se emitan para complementarla o modificarla.

“CUADRO PÓLIZA - RECIBO DE PRIMA”: Documento donde se indican los datos particulares de la Póliza, como son: Número de la Póliza, nombre del Tomador, del Asegurado y del Beneficiario, dirección del Tomador, identificación completa de la Empresa de Seguros, de su representante y el carácter con el



cual actúa, datos del documento donde consta tal representación y domicilio principal, dirección de cobro, nombre del intermediario de seguros, ubicación y características del interés asegurado, riesgos cubiertos, Suma Asegurada, monto de la Prima, forma y lugar de pago, período de vigencia y firmas de la Empresa de Seguros y del Tomador.

CONDICIONES PARTICULARES: aquellas que contemplan aspectos específicos al riesgo que se asegura.

SUMA ASEGURADA: valor atribuido a los intereses cubiertos por la Póliza y cuyo importe es la cantidad máxima que está obligada a pagar la Empresa de Seguros, en caso de Siniestro.

PRIMA: es la contraprestación que, en función del riesgo amparado, debe pagar el Tomador a la Empresa de Seguros en virtud de la celebración del contrato de seguro. La Prima contendrá, además, los recargos e impuestos que sean de legal aplicación. El Tomador pagará la Prima en la forma y oportunidad establecida en la presente Póliza.

RIESGO: es el suceso futuro e incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario, y cuya materialización da origen a la obligación de la Empresa de Seguros.

SINIESTRO: es el acontecimiento futuro e incierto del cual depende la obligación de indemnizar por parte de la Empresa de Seguros, aun cuando éste haya continuado después de vencido el contrato en los términos del mismo.

CLÁUSULA 3: BASES LEGALES

Se establecen como bases legales del presente contrato las disposiciones contenidas en el Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro y la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros.

Asimismo, la presente Póliza se emite con fundamento en las declaraciones e informaciones suministradas por el Tomador o por el Asegurado a la Empresa de Seguros, al momento de suscribir la Póliza, las cuales se toman como veraces y ciertas, y se presumen otorgadas de buena fe, manifestadas en: la solicitud de seguro, el informe de inspección de riesgo, cualquier otro documento que pueda requerir la Empresa de Seguros al momento de suscribir la presente Póliza y en cualquier declaración posterior que le corresponda efectuar al Tomador o al Asegurado ante la Empresa de Seguros al solicitar alguna modificación del riesgo o requerir el pago de cualquier indemnización derivada de esta Póliza. En consecuencia, se entiende que la declaración de siniestro y posteriores documentos, también serán bases legales de este contrato.

CLÁUSULA 4: COMIENZO Y VIGENCIA DEL CONTRATO

La Empresa de Seguros asume las consecuencias de los riesgos cubiertos a partir de la fecha de la celebración del contrato de seguro, lo cual se producirá una vez que el Tomador notifique su consentimiento a la proposición formulada por La Empresa de Seguros y cuando ésta participe su aceptación a la solicitud efectuada por el Tomador, según corresponda, siempre y cuando el Tomador, hubiere pagado la prima correspondiente dentro de los quince (15) días continuos y siguientes a la fecha de exigibilidad, esto es, a partir de la entrega de la póliza o del “Cuadro Póliza - Recibo de Prima”; de lo contrario, el presente contrato quedará nulo y sin efecto alguno.

En todo caso, la vigencia de la Póliza se hará constar en el “Cuadro Póliza - Recibo de Prima”, con indicación de la fecha en que se emite, la hora, día de su inicio y vencimiento.

Las partes podrán, por acuerdo expreso, convenir en que los efectos del contrato se retrotraigan a la fecha



en que se presentó la solicitud o se formuló la proposición.

CLÁUSULA 5: PRIMAS

El Tomador debe la prima desde el momento de la celebración del contrato, pero aquella no será exigible sino contra la entrega por parte de la Empresa de Seguros de la Póliza, del “Cuadro Póliza - Recibo de Prima” o de la nota de cobertura provisional, o cuando el Tomador autorice por escrito a la Empresa de Seguros, para que el cobro de la prima se efectúe a través de cargo en su cuenta bancaria o tarjeta de crédito, y hasta un máximo de quince (15) días continuos contado a partir del momento de la entrega de la Póliza, del “Cuadro Póliza - Recibo de Prima” o Recibo de Prima o de la Nota de Cobertura Provisional para el pago de la misma.

Para el caso del pago de la prima mediante el cargo directo en cuenta bancaria, el tomador se obliga a mantener provisiones suficientes de fondos que permitan efectuar el débito a su cuenta al primer intento.

Por otra parte, en caso de que la prima no sea pagada en la fecha de su exigibilidad o se haga imposible su cobro por causa imputable a el Tomador, este contrato de seguro quedará sin efecto alguno, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 1.168 del Código Civil.

El pago de la prima solamente conserva en vigor la póliza por la vigencia a la cual corresponde dicho pago, según se haga constar en el “Cuadro Póliza - Recibo de Prima”.

Las primas pagadas en exceso no darán lugar a responsabilidad alguna por parte de la Empresa de Seguros por dicho exceso, sino única y exclusivamente a su reintegro sin intereses.

La Empresa de Seguros no se compromete a efectuar cobros a domicilio, ni a dar avisos de cobro, pero si lo hiciere, ello no constituirá precedente de obligación y podrá suspenderse el servicio de cobro en cualquier momento sin aviso previo.

CLÁUSULA 6: 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 7 de las Condiciones Generales de la presente Póliza, que prevé lo relacionado con el “Plazo de Gracia”, 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 de Prima”, efectuada con un plazo de por lo menos un (1) mes de anticipación a la conclusión del período de Seguro en curso.

CLÁUSULA 7: PLAZO DE GRACIA

La Empresa de Seguros concede un plazo de gracia para el pago de la Prima de renovación de treinta (30) días continuos contados a partir de la fecha de terminación de la vigencia anterior, en el entendido que durante tal plazo la Póliza continuará vigente y en caso de ocurrir algún siniestro en ese período, La Empresa de Seguros tendrá la obligación de pagar la indemnización correspondiente, previa deducción de la Prima pendiente de pago. En este caso, el monto a descontar será la Prima completa por el mismo



período de la cobertura anterior.

Si el monto a indemnizar es menor a la Prima a descontar, el Tomador deberá pagar la Prima antes de finalizar el plazo indicado en el párrafo anterior. Si el Tomador no efectuare dicho pago, se entenderá que éste no desea continuar con esta Póliza, y la misma quedará resuelta y el reclamo sin efecto.

Por otra parte, si dentro del plazo de gracia no se presenta ningún siniestro y el Tomador no hubiese hecho efectivo el pago de la Prima, la Póliza quedará automáticamente resuelta y sin efecto a partir de la fecha de exigibilidad de la Prima.

CLÁUSULA 8: DECLARACIONES FALSAS EN LA SOLICITUD

La Empresa de Seguros deberá participar al Tomador, en un lapso de cinco (5) días hábiles, que ha tenido conocimiento de un hecho no declarado en la Solicitud de Seguros, que pueda influir en la valoración del riesgo, y podrá ajustar o resolver el contrato mediante comunicación dirigida al Tomador, en el plazo de un (1) mes contado a partir del conocimiento de los hechos que se reservó o declaró con inexactitud el Tomador o el Asegurado. En caso de resolución, ésta se producirá a partir del decimosexto (16°) día siguiente a su notificación, siempre y cuando la devolución de la Prima correspondiente se encuentre a disposición del Tomador en la caja de la Empresa de Seguros. Corresponderán a la Empresa de Seguros las Primas relativas al período transcurrido en el momento en que haga esta notificación. La Empresa de Seguros 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 de que la Empresa de Seguros haga la participación a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de ésta se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la Prima convenida y la que se hubiese establecido de haber conocido la verdadera entidad del riesgo.

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.

Las falsedades y reticencias de mala fe por parte del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario, debidamente probadas, serán causa de nulidad absoluta del contrato, si son de tal naturaleza que la Empresa de Seguros de haberlas conocido, no hubiese contratado o lo hubiese hecho en otras condiciones.

CLÁUSULA 9: MODIFICACIONES

Toda modificación a las condiciones de la Póliza entrará en vigor una vez que el Tomador notifique su consentimiento a la proposición formulada por la Empresa de Seguros o cuando ésta participe su aceptación a la solicitud de modificación propuesta por el Tomador.

Las modificaciones se harán constar mediante Anexos, 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 en la Cláusula 5, de estas Condiciones Generales, la cual hace referencia a lo relativo a las “Primas”.

Se consideran aceptadas las solicitudes escritas de prorrogar o modificar un contrato o de rehabilitar un contrato suspendido, si la Empresa de Seguros no rechaza la solicitud dentro de los diez (10) días hábiles de haberla recibido.

La modificación de la Suma Asegurada requerirá aceptación expresa de la otra parte. En caso contrario, se presumirá aceptada por la Empresa de Seguros con la emisión del Recibo de Prima, en el que se modifique la Suma Asegurada, y por parte del Tomador mediante comunicación escrita o por el pago de la diferencia



de Prima correspondiente, si la hubiere.

CLÁUSULA 10: TERMINACIÓN ANTICIPADA

La Empresa de Seguros podrá dar por terminado el contrato, con efecto a partir del decimosexto (16°) día siguiente a la fecha del acuse de recibo de la comunicación que a tal fin envíe al Tomador, siempre y cuando se encuentre en la caja de la Empresa de Seguros, a disposición del Tomador, el importe correspondiente a la parte proporcional de la Prima no consumida por el período que falte por transcurrir.

A su vez, el Tomador podrá dar por terminado el contrato, con efecto a partir del día hábil siguiente al de la recepción de su comunicación escrita por parte de la Empresa de Seguros, o de cualquier fecha posterior que señale en la misma. En este caso, dentro de los quince (15) días continuos siguientes, la Empresa de Seguros deberá poner a disposición del Tomador la parte proporcional de la Prima, deducida la comisión pagada al intermediario de seguros, correspondiente al período que falte por transcurrir.

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

CLÁUSULA 11. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

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

- a) Si el Tomador o cualquier persona que obre por cuenta de éste, presenta una reclamación fraudulenta o engañosa, o si en cualquier tiempo emplea medios o documentos engañosos o dolosos para sustentar una reclamación o para obtener otros beneficios;**
- b) Si el Tomador o el Asegurado actúa con dolo o si el siniestro ha sido ocasionado por dolo del Tomador o el Asegurado;**
- c) Si el Tomador o el Asegurado actúa con culpa grave o si el siniestro ha sido ocasionado por culpa grave del Tomador. No obstante, la Empresa de Seguros estará obligada al pago de la indemnización si el siniestro ha sido ocasionado en cumplimiento de deberes legales de socorro o tutela de intereses comunes con la Empresa de Seguros en lo que respecta a la póliza;**
- d) Si el Tomador o el Asegurado no empleare los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del siniestro, siempre y cuando este incumplimiento se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o engañar a la Empresa de Seguros;**
- e) Si el siniestro ocurre antes de la vigencia de la póliza;**
- f) Si el Tomador o el Asegurado no notificare el siniestro dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de conocimiento de la ocurrencia del mismo;**
- g) Si el Tomador o el Asegurado intencionalmente omitiere dar aviso a la Empresa de Seguros sobre la contratación de pólizas que cubran los mismos riesgos, o si hubiese celebrado el segundo o los posteriores contratos de seguros con el fin de procurarse un provecho ilícito;**
- h) Otras exoneraciones de responsabilidad que se establezcan en las condiciones particulares.**



No obstante lo señalado en la sección f), la Empresa de Seguros estará obligada al pago de la indemnización que corresponda por los siniestros cubiertos por la póliza, si por causa extraña no imputable, el Tomador o el Asegurado no los hubiese notificado dentro del lapso estipulado.

CLÁUSULA 12. OTROS SEGUROS

Cuando un interés estuviese asegurado contra el mismo riesgo por dos o más aseguradoras, aun cuando el conjunto de las Sumas Aseguradas no sobrepase el valor asegurable, el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario estará obligado, a poner en conocimiento de tal circunstancia a todas las aseguradoras, por escrito y en el plazo estipulado en la Cláusula 10 de las Condiciones Particulares de la presente Póliza, referida a los Deberes en Caso de Siniestro, en su apartado d).

Las aseguradoras 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 el Beneficiario puede pedir a cada aseguradora, la indemnización debida según el respectivo contrato. La aseguradora que ha pagado una cantidad superior a la que proporcionalmente le corresponda, podrá repetir contra el resto de las aseguradoras, a menos que éstas hayan pagado lo que les corresponda según el límite de su cobertura, en cuyo caso la repetición procederá contra el Beneficiario. La Empresa de Seguros deberá participar por escrito al resto de las aseguradoras, la ocurrencia y pago de Siniestros derivados de la Póliza.

En caso de contrataciones de buena fe de una pluralidad de Seguros, incluso por una suma total superior al valor asegurado, todos los contratos serán válidos, y obligarán a las aseguradoras a pagar hasta el valor del daño sufrido, dentro de los límites de su respectiva Suma Asegurada y proporcionalmente a lo que le corresponda en virtud del contrato.

En caso de Siniestro, el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario no puede renunciar a los derechos que le corresponda según el Contrato de Seguro o aceptar modificaciones al mismo con la Empresa de Seguros, en perjuicio de las restantes aseguradoras.

CLÁUSULA 13. PAGO DE INDEMNIZACIONES

La Empresa de Seguros salvo por causa extraña que no le sea imputable, se compromete a pagar la indemnización que sea procedente conforme a los términos de la presente Póliza, en un plazo no mayor de treinta (30) días hábiles contados a partir de la fecha en que Tomador, el Asegurado, o cualquier otra persona que obre por cuenta de éste, haya entregado toda la información y recaudos razonablemente solicitados por La Empresa de Seguros para liquidar el siniestro.

CLÁUSULA 14. RECHAZO DEL SINIESTRO

La Empresa de Seguros deberá notificar por escrito al Tomador o al Asegurado dentro del plazo señalado en el artículo anterior, las causas de hecho y derecho que a su juicio justifican el rechazo total o parcial de la indemnización exigida.

CLÁUSULA 15. ARBITRAJE

Las partes podrán someter a un procedimiento de arbitraje las divergencias que se susciten en la interpretación, aplicación y ejecución de la Póliza. 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 Seguros actuará directamente o a través de los funcionarios que designe como árbitro arbitrador en aquellos casos en que sea designado de mutuo acuerdo entre ambas partes, con motivos de divergencias que se susciten en la interpretación, aplicación y ejecución de la Póliza. Las partes



fijarán el procedimiento a seguir, caso contrario se aplicará el procedimiento previsto en la ley que rige la materia de arbitraje. En este caso, la decisión deberá ser adoptada en un plazo que no exceda de treinta (30) días hábiles una vez finalizado el Lapso Probatorio. El laudo arbitral será de obligatorio cumplimiento.

CLÁUSULA 16. CADUCIDAD

El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario perderán todo derecho a ejercer acción judicial contra la Empresa de Seguros o convenir con ésta en los arbitrajes previstos en la cláusula anterior, transcurridos los plazos que se señalan a continuación:

- a) Un (1) año contado a partir de la fecha de rechazo del Siniestro.
- b) Un (1) año contado a partir de la fecha en que la Empresa de Seguros hubiere efectuado la indemnización, en caso de inconformidad.

En todo caso, el plazo de caducidad siempre será contado desde el momento del pronunciamiento por parte de la Empresa de Seguros.

A los efectos de esta cláusula se entenderá iniciada la acción judicial o arbitraje una vez que sea consignado el libelo de demanda ante el tribunal competente o iniciado el procedimiento de arbitraje.

CLÁUSULA 17. PRESCRIPCIÓN

Salvo lo dispuesto en leyes especiales, las acciones derivadas del contrato de seguro prescriben a los tres (3) años contados a partir del siniestro que dio nacimiento a la obligación.

A los efectos de interrumpir el lapso de prescripción aquí previsto, deberá considerarse lo establecido en el artículo 1.969 del Código Civil.

CLÁUSULA 18. SUBROGACIÓN DE DERECHOS

La Empresa de Seguros queda subrogada de pleno derecho, hasta la concurrencia del monto indemnizado, en los derechos y acciones del Tomador contra los terceros responsables.

Salvo el caso de dolo, la subrogación no se efectuará si el daño hubiese sido causado por los descendientes, por el cónyuge, por la persona con quien mantenga unión estable de hecho, por otros parientes del Tomador, o personas que conviven permanentemente con él o por las personas por las que deba responder civilmente.

El Tomador no podrá, en ningún momento, renunciar a su derecho a recobrar de otras personas los daños y pérdidas que éstas le hubiesen ocasionado, so pena de perder todo derecho a indemnización bajo la presente póliza.

En caso de siniestro, el Tomador está obligado a realizar a expensas de la Empresa de Seguros, cuantos actos sean necesarios y todo lo que ésta pueda razonablemente requerir, con el objeto de permitir que ejerza los derechos que le corresponden por subrogación después del pago de la indemnización.

CLÁUSULA 19. AVISOS

Todo aviso o comunicación que una parte deba dar a la otra respecto a la Póliza, deberá hacerse mediante comunicación escrita o telegrama, con acuse de recibo, dirigido a la dirección de Tomador indicada en la solicitud de seguro o al domicilio principal o sucursal de la Empresa de Seguros, según sea el caso.



CLÁUSULA 20. DOMICILIO

Para todos los efectos y consecuencias derivadas de este contrato, las partes eligen como domicilio especial, único, exclusivo y excluyente de cualquier otro, la ciudad donde se celebró este contrato de seguros, a la competencia de cuyos tribunales declaran someterse expresamente.

Por **EL TOMADOR**

Por **LA VENEZOLANA DE SEGUROS Y VIDA C. A.**

Aprobado por la Superintendencia de Seguros mediante Oficio Nro. 4808 de fecha 04-05-2007



CONDICIONES PARTICULARES

CLÁUSULA 1: OBJETO DEL SEGURO

La Empresa de Seguros se compromete a cubrir los riesgos amparados por esta póliza, y a indemnizar las cantidades de dinero a que el Asegurado esté obligado a efectuar a cualquiera de sus trabajadores en virtud de lo establecido en la Ley Orgánica del Trabajo, por las consecuencias de las lesiones sufridas por los trabajadores a consecuencia de accidentes de trabajo y enfermedad profesional según lo establece en el artículo 566 del Título VIII, de los Infortunios del Trabajo, de la Ley Orgánica del Trabajo, todo ello con sujeción a los límites indicados en el “Cuadro Póliza - Recibo de Prima” y a las exclusiones, términos y demás condiciones de la presente póliza.

CLÁUSULA 2. OTRAS DEFINICIONES

Además de las definiciones indicadas en el Cláusula 2 de las Condiciones Generales de la presente Póliza, se entiende por:

ACCIDENTES DE TRABAJO: Todas las lesiones funcionales o corporales, permanentes o temporales, inmediatas o posteriores o la muerte, resultantes de la acción violenta de una fuerza exterior que pueda ser determinada o sobrevenida en el curso del trabajo por el hecho o con ocasión del trabajo; será igualmente considerado como Accidente de Trabajo, toda lesión interna determinada por un esfuerzo violento sobrevenida en las mismas circunstancias.

ENFERMEDAD PROFESIONAL: Corresponde a un estado patológico contraído con ocasión del trabajo o exposición al medio en que el Trabajador o Trabajadora se encuentra obligado a trabajar y aquellos estados patológicos imputables a la acción de agentes físicos, condiciones ergológicas, meteorológicas, agentes químicos, agentes biológicos, factores psicológicos o emocionales, que se manifiesten por una lesión orgánica, trastornos enzimáticos o bioquímicos y trastornos funcionales de carácter temporales o permanentes.

TRABAJADOR O TRABAJADORA: Persona natural que realiza una labor de cualquier clase, por cuenta y bajo la dependencia del Tomador o Asegurador. La prestación de los servicios del trabajador o trabajadora debe ser remunerada.

PATRONO O EMPLEADOR: Persona natural o jurídica que en nombre propio, tiene a su cargo una empresa, establecimiento, explotación o faena, de cualquier naturaleza o importancia, que ocupe trabajadores o trabajadoras sea cual sea su número. En este caso será el Asegurado.

CONTRATISTA: Persona natural o jurídica que mediante contrato se encarga de ejecutar obras o servicios, con sus propios elementos.

GASTO RAZONABLE: Se considera gasto razonable al costo 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 en donde fue atendido el Asegurado, 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 inmediatamente anterior a la fecha en que el Asegurado incurrió en dichos gastos, incrementados según el



Índice de Precios al Consumidor (IPC) del Banco Central de Venezuela registrado en el mismo mes, o los costos promedios de los centros hospitalarios que se encuentren vigentes para la mencionada fecha. Cuando este promedio no pueda ser obtenido el gasto razonable será el monto facturado.

CLÁUSULA 3: RIESGOS AMPARADOS

La Empresa de Seguros indemnizará al Asegurado los montos que esté obligado a pagar a sus trabajadores que figuren en su nómina o a los causahabientes de éstos, con motivo de la responsabilidad que le impone la Ley Orgánica de Trabajo y de conformidad con los términos y condiciones de esta Póliza, a consecuencia de enfermedades profesionales o accidentes de trabajo, ocurridos durante la vigencia de esta Póliza. Las consecuencias de los accidentes de trabajo o de las enfermedades profesionales que dan derecho a indemnización son:

MUERTE:

Se ampara la muerte del trabajador o trabajadora activo, siempre y cuando sea a consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad profesional, causando el derecho a sus sobrevivientes calificados para recibir un pago único. La indemnización prevista para este riesgo será igual al salario de dos (2) años del trabajador o trabajadora fallecido. Esta indemnización en ningún caso excederá de la cantidad equivalente a veinticinco (25) salarios mínimos sea cual fuere la cuantía del salario.

INCAPACIDAD ABSOLUTA Y PERMANENTE:

Se ampara la incapacidad absoluta permanente, siempre y cuando sea a consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad profesional 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 prevista para este riesgo será equivalente al salario de dos (2) años del trabajador o trabajadora incapacitado. Esta indemnización en ningún caso excederá de la cantidad equivalente a veinticinco (25) salarios mínimos sea cual fuere la cuantía del salario.

INCAPACIDAD ABSOLUTA Y TEMPORAL:

Se ampara la incapacidad absoluta y temporal, siempre y cuando sea a consecuencia de un accidente de trabajo o una enfermedad profesional 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 prevista para este riesgo será igual al salario correspondiente a los días que hubiere durado la incapacidad del trabajador o trabajadora incapacitado. Esta indemnización en ningún caso excederá del salario correspondiente a un (1) año.

INCAPACIDAD PARCIAL Y PERMANENTE:

Se ampara la Incapacidad parcial y permanente, siempre y cuando sea a consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad profesional que genere en el trabajador o trabajadora, una disminución parcial y definitiva menor del 67% de su capacidad física o intelectual para el trabajo. La indemnización prevista para este riesgo se fijará teniendo en cuenta el salario y la reducción de la capacidad de ganancia causada por el accidente o enfermedad, según lo establecido en el reglamento de la Ley Orgánica del Trabajo. Esta indemnización no excederá del salario correspondiente a un (1) año, ni de la cantidad equivalente a quince (15) salarios mínimos, sea cual



fuere la cuantía del salario.

INCAPACIDAD PARCIAL Y TEMPORAL:

Se ampara la incapacidad parcial y temporal, siempre y cuando sea a consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad profesional que imposibilita al trabajador o trabajadora amparado, para trabajar por un tiempo determinado. La indemnización prevista para este riesgo se fijará teniendo en cuenta el salario, la reducción de la capacidad causada por el accidente o enfermedad y los días que dure la incapacidad. Esta indemnización en ningún caso excederá del salario correspondiente a un (1) año.

ASISTENCIA MÉDICA, QUIRÚRGICA Y FARMACÉUTICA:

Si las lesiones sufridas por un trabajador o trabajadora a consecuencia de enfermedades profesionales o accidentes de trabajo, dieran lugar a indemnización por cualquiera de los riesgos cubiertos por la cobertura básica de esta Póliza, la Empresa de Seguros reembolsará al Asegurado, hasta por el monto de la suma asegurada indicado en el Cuadro Recibo, los gastos que hubiera pagado por concepto de honorarios medico-quirúrgicos y farmacéuticos, relacionados con la atención de dicho trabajador o trabajadora.

La indemnización bajo esta cobertura será el gasto razonable que la intervención o tratamiento tenga a la fecha en que ocurrió el desembolso.

No se consideran aquí amparados los gastos originados por el Servicio Médico propio del Asegurado, o por cualquier otro que tenga contratado, o con el cual mantenga algún convenio para la atención de sus trabajadores.

GASTOS DE ENTIERRO:

Si a consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad profesional, le produjera la muerte al trabajador o trabajadora, se indemnizará por concepto de este riesgo, la cantidad equivalente de cinco (5) salarios mínimos.

Para que la Empresa de Seguro indemnice al Asegurado por lo pagado por éste a cualquiera de su trabajador o trabajadora, a consecuencia de los riesgos amparados por esta póliza, tendrá que ser producto directo y exclusivo de un accidente de trabajo o enfermedad profesional ocurrido durante la realización de los trabajos declarados por el patrono o empleador.

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.

Para que la Empresa de Seguro indemnice al Asegurado por lo pagado por éste a cualquiera de su trabajador o trabajadora, a consecuencia de los riesgos amparados por esta póliza, tendrá que ser producto directo y exclusivo de un accidente de trabajo o enfermedad profesional ocurrido durante la realización de los trabajos declarados por el patrono o empleador.

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 4: DECLARACIÓN DE NÓMINA Y AJUSTE DE PRIMA

La Empresa de Seguros indicará al Tomador la periodicidad en que se deberá revisar el monto de nómina estimado, la cual se establecerá mediante anexo. El Tomador o el Asegurado deberá declarar el monto de nómina estimado en cada uno de los períodos, y para el cual se le calculará la prima provisional o de



depósito correspondiente. Una vez finalizado dicho período, la Empresa de Seguros solicitará el monto de nómina real para ese periodo 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 o de depósito, la Empresa de Seguros devolverá la diferencia al Tomador, si el ajuste es mayor a la prima provisional o de depósito. El Tomador deberá pagar la diferencia a la Empresa de Seguros.

Si para el momento de la renovación de la Póliza, el Tomador o el Asegurado no ha declarado el monto de nómina real, la Empresa de Seguros podrá incrementar el monto de nómina estimado en un porcentaje que será el 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.

Si en algún período del seguro, la diferencia entre la prima real y la prima provisional o de depósito es a favor de la Empresa de Seguros, ésta no procederá a la indemnización que corresponda en caso de siniestro, hasta tanto la misma haya sido pagada.

CLÁUSULA 5: CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

El Asegurado deberá tomar las previsiones necesarias y practicar a los trabajadores exámenes médicos de pre-empleo a fin de determinar que se encuentran en plenas facultades físicas para el desempeño de las actividades que les serán asignadas.

Por otra parte, la Empresa de Seguros asumirá la responsabilidad en los casos de enfermedades profesionales 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 pertenecientes a la nómina del Asegurado al contratar esta 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 se presentó el siniestro. Para efecto de esta Póliza, no se entenderán trabajadores o trabajadoras del Asegurado, aquellos que dependan directamente de los contratistas que trabajen para el Asegurado.

CLÁUSULA 6: LÍMITE GEOGRÁFICO.

Salvo convenio en contrario, la cobertura otorgada por esta Póliza sólo tendrá efecto dentro del Territorio de la República Bolivariana de Venezuela.

CLÁUSULA 7: EXCLUSIONES.

Queda expresamente entendido y convenido que esta Póliza no cubre la responsabilidad del Asegurado proveniente de:

- a) Personas que ejecuten trabajos ocasionales ajenos a la actividad de la empresa del Asegurado.**
- b) Personas que ejecuten trabajos por cuenta del Asegurado en sus domicilios particulares, o enfermedades profesionales o accidentes de trabajo ocurridos a los familiares o parientes del el Tomador o del Asegurado.**
- c) Accidentes provocado intencionalmente por el trabajador o trabajadora.**
- d) Enfermedades profesionales o accidentes de trabajo que ocurran hallándose el trabajador o trabajadora en estado de embriaguez o bajo el efecto de alguna droga, no indicada como terapéutica por un Médico legalmente autorizado para el ejercicio de la medicina.**



- e) Enfermedades profesionales o accidentes de trabajo provocados por la víctima y aquellos que se deban a negligencia, impericia o actos temerarios o imprudentes de parte del trabajador o trabajadora afectado.
- f) Las consecuencias de accidentes debidos a fuerza mayor extraña al trabajo, siempre que no se compruebe la existencia de un riesgo especial.
- g) Aquellos hechos que pudiendo ser considerados como enfermedades profesionales o accidentes de trabajo, se hayan producido por duelos, riñas, desafíos, apuestas o concursos de cualquier naturaleza.
- h) Efectos producidos por contaminación radiactiva o por las radiaciones nucleares o atómicas y sus consecuencias.
- i) Enfermedades profesionales o accidentes de trabajo, en cuya ocurrencia haya influido cualquier enfermedad o defecto físico u orgánico ya diagnosticado con anterioridad a la fecha de la ocurrencia del hecho.
- j) Enfermedad o lesión causada por terremoto o cualquier catástrofe natural. Epidemia de cualquier tipo, sus complicaciones y/o consecuencias, o cualquier acontecimiento que por su magnitud y gravedad sea calificado por las autoridades competentes como catástrofe o calamidad nacional.
- k) Daño o Lesión ocasionada por guerra, sublevación, proclamación de estado de excepción, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones de guerra (haya habido o no declaración de guerra), guerra civil, rebelión, insurrección, poder usurpado, vandalismo, daños maliciosos, actos de terrorismo, actos de huelguistas, obreros bajo paro forzoso o personas que tomen parte en disturbios de trabajo, motín y conmoción civil, o por aquellos que de cualquier manera hayan contribuido a alguno de ellos.
- l) Uso de explosivos o contacto con asbestos en cualquiera de sus formas.
- m) El compromiso solidario que pueda ser imputado a éste, como consecuencia de la violación de la normativa legal en materia de seguridad y salud de trabajo, por parte de sus contratistas hacia sus empleados.
- n) Siniestros en los cuales haya influido cualquier enfermedad o defecto físico u orgánico ya diagnosticado, y que el trabajador o trabajadora afectado presentaba con anterioridad a la fecha de la ocurrencia del hecho por el cual se pretende la indemnización.
- o) Pérdidas consecuenciales, lucro cesante, pérdida indirectas, daño moral, incluyendo cierre o paralización de la empresa por concepto de multas o sanciones impuesta al Asegurado, por Tribunales o Autoridades de cualquier clase.
- p) La Responsabilidad Civil Extracontractual del Asegurado derivada de la tendencia, ocupación y uso de los predios, así como las operaciones normales de su local y daños materiales a bienes de terceros

CLÁUSULA 8: OTRAS EXCLUSIONES.

Queda expresamente entendido y convenido que no tendrá cobertura en esta Póliza, cuando el trabajador o trabajadora acusen:

- a) Enfermedad profesional, si su ocupación es la misma que la originó.
- b) Hernia, principios de hernia, anillos inguinales débiles o abiertos, siempre que los accidentes se relacionen, tengan por consecuencia o dependan de tales afecciones.
- c) Alguna enfermedad venérea, mientras la padecieren.
- d) Padecimiento de diabetes.



CLÁUSULA 9: OTRAS EXONERACIONES DE RESPONSABILIDAD

Además de las exoneraciones ya indicadas en el cláusula 11 de las condiciones generales sobre exoneraciones de responsabilidad, la Empresa de Seguros quedará exenta de toda responsabilidad, perdiendo el Tomador o el Asegurado todo derecho a indemnización, cuando éste:

- a) Causare o provocare intencionalmente el siniestro o fuere cómplice del hecho;
- b) Suministrare información falsa o inexacta u omitiere cualquier dato que implique una agravación del riesgo, agravación que de haber sido conocida por Empresa de Seguros, ésta no hubiere emitido la póliza o la hubiere emitido en diferentes condiciones;
- c) No entregare los documentos requeridos por Empresa de Seguros dentro del plazo señalado el apartado d) de la Cláusula 10 sobre de Deberes en caso de Siniestro de estas condiciones particulares, a menos que se compruebe que la entrega dejó de realizarse por causa extraña no imputable a ellos;
- d) Efectuare, sin previo consentimiento de Empresa de Seguros, durante la vigencia de esta póliza, cualquier cambio que agrave la naturaleza del riesgo.
- e) No hubiese practicado a los trabajadores o trabajadoras, los exámenes estipulados en la cláusula 5 de estas condiciones particulares, que prevé lo relacionado con Condiciones de Asegurabilidad.

CLÁUSULA 10: DEBERES EN CASO DE SINIESTRO.

Al ocurrir cualquier hecho que pudiera dar lugar a indemnización bajo la presente Póliza, el Tomador o el Asegurado deberá:

- a) Notificar a la Empresa de Seguros inmediatamente y a más tardar dentro del término de cinco (5) días hábiles siguientes de haber conocido su ocurrencia.
- b) Notificar a las autoridades competentes, cuando por la naturaleza del siniestro fuese necesario hacerlo.
- c) Abstenerse de efectuar algún pago extrajudicial y celebrar convenio, transacción o arreglo, imputables a la cobertura de la Póliza.
- d) Declarar en un plazo de cinco (5) días hábiles luego de haber conocido su ocurrencia, los contratos de seguros que cubran el mismo riesgo.
- e) Tomar las providencias necesarias y oportunas para evitar que sobrevengan pérdidas o daños ulteriores.

CLÁUSULA 12: TRÁMITES PARA LA RECLAMACIÓN.

Al ocurrir un siniestro amparado por esta Póliza, además de los deberes establecidos en el Cláusula 10 de estas Condiciones Particulares sobre Deberes en caso de Siniestro, Tomador o el Asegurado estará obligado a presentar:

- a) En un plazo no mayor de quince (15) días hábiles contados desde la fecha de la notificación del accidentes o enfermedad a la Empresa de Seguros, un informe completo del siniestro, en el cual detalle los nombres, apellidos, cédula de identidad, edad, profesión u ocupación y salario del trabajador o trabajadora afectada, indicando además, las circunstancias en las cuales se produce la enfermedad profesional o accidente de trabajo.
- b) Los informes, comprobantes, libros y demás documentos necesarios para la determinación de las causas del siniestro, procedencia de la indemnización y monto de la misma.



c) Copia de la denuncia a la Inspectoría de Trabajo.

El Tomador o el Asegurado se compromete a facilitar a la Empresa de Seguros y a las personas o profesionales que ella designe, toda clase de informes en relación a las enfermedades profesionales o accidentes de trabajo por los cuales se presente reclamación, so pena de perder todo derecho a indemnización bajo esta Póliza.

Es entendido que la aceptación de alguna responsabilidad por enfermedades profesionales o accidentes de trabajo de parte del 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.

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

- i) El accidente de trabajo o enfermedad profesional debe haber ocurrido dentro de la vigencia del contrato de seguros;
- ii) El Asegurado debe realizar su declaración formal ante la Inspectoría de Trabajo dentro del lapso previsto en la Ley Orgánica del Trabajo; y
- iii) El Asegurado deberá dar notificación del evento a la Empresa de Seguros en conformidad con las estipulaciones contenidas en el primer párrafo de esta cláusula.

En caso de duda en cuanto a la determinación de la fecha de ocurrencia del siniestro, la fecha de referencia para efectos del presente seguro, será la del día en que el trabajador o trabajadora acudió a un servicio de asistencia médica con signos o síntomas que a juicio del médico están relacionados íntimamente con la enfermedad profesional o el accidente laboral.

En los casos en que la Empresa de Seguros requiera documentos adicionales con posterioridad, serán solicitados por escrito en una sola oportunidad al Tomador o al Asegurado, dentro de los treinta (30) días continuos a la fecha en que éste entregue a la Empresa de Seguros, el último de los recaudos mencionados en esta cláusula. El Tomador o el Asegurado deberá entregar los recaudos dentro de los treinta (30) días continuos contados a partir de la fecha de la solicitud de éstos.

En caso de que el Tomador o el Asegurado no cumpla con alguna de las obligaciones establecidas anteriormente, estará sujeto a lo dispuesto en el apartado c) de la cláusula 9 de estas condiciones particulares sobre otras exoneraciones de responsabilidades.

CLÁUSULA 12: AGRAVACIÓN DEL RIESGO.

El Tomador o el Asegurado deberá, durante la vigencia del contrato, comunicar a la Empresa de Seguros todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que, si hubieran sido conocidas por ésta en el momento de la celebración del contrato, no lo habría celebrado o lo habría hecho en otras condiciones. Tal notificación deberá hacerla dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha en que hubiere tenido conocimiento de estas circunstancias. No obstante, cuando la agravación del riesgo dependa de un acto del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario, que esté indicada en esta póliza, deberá notificarla antes que se produzca y en un plazo, no inferior, de cinco (5) días hábiles antes de la fecha en que se presume se efectuará la agravación del riesgo. Los hechos que constituyen una agravación del riesgo son:

- a) Variación sustancial de la índole o actividad que desempeña el Tomador o el Asegurado.
- b) Incremento de actividades por ampliación de operaciones.
- c) Cambio de administración en el negocio.



- d) Modificaciones o alteraciones de los predios en donde opera el Tomador o el Asegurado.
- e) Cambios en las medidas de seguridad y vigilancia dentro de los predios del Tomador o el Asegurado.
- f) La incorporación de equipos, maquinarias o materiales que no se relacionen con la índole del negocio del Tomador o el Asegurado.

Conocido por la Empresa de Seguros que el riesgo se ha agravado, ésta dispone de un plazo de quince (15) días continuos para proponer la modificación del contrato o para notificar su rescisión. Notificada la modificación al Tomador éste deberá dar cumplimiento a las condiciones exigidas en un plazo que no exceda de quince (15) días continuos, en caso contrario se entenderá que el contrato ha quedado sin efecto a partir del vencimiento del plazo.

En el caso de que el Tomador no haya efectuado la declaración y sobreviniere un siniestro, el deber de indemnización de la Empresa de Seguros se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

La agravación del riesgo no producirá los efectos previstos en esta Cláusula, en los casos siguientes:

- Cuando no haya tenido influencia sobre el Siniestro ni sobre la extensión de la responsabilidad que incumbe a la Empresa de Seguros.
- Cuando haya tenido lugar para proteger los intereses de la Empresa de Seguros, con respecto de la Póliza.
- Cuando se haya impuesto para cumplir el deber de socorro que le impone la ley.
- Cuando la Empresa de Seguros haya tenido conocimiento por otros medios de la agravación del riesgo, y no haya hecho uso de su derecho a rescindir en el plazo de quince (15) días continuos.
- Cuando la Empresa de Seguros haya renunciado expresa o tácitamente al derecho de proponer la modificación del contrato o resolverlo unilateralmente por esta causa. Se tendrá por hecha la renuncia a la propuesta de modificación o resolución unilateral si no la lleva a cabo en el plazo señalado indicado al inicio de esta Cláusula.

CLÁUSULA 13: DISMINUCIÓN DEL RIESGO.

El Tomador o el Asegurado podrá, durante la vigencia del contrato, poner en conocimiento de la Empresa de Seguros todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por ésta en el momento del perfeccionamiento del contrato, lo habría celebrado en condiciones más favorables para el Tomador. La Empresa de Seguros deberá devolver la prima cobrada en exceso por el período que falte por transcurrir, en un plazo de quince (15) días hábiles contados a partir de la notificación, deducida la comisión pagada al intermediario de seguros.

CLÁUSULA 14: INSPECCIÓN

La Empresa de Seguros tendrá, previo acuerdo entre las partes, derecho de inspeccionar a cualquier hora hábil y por persona debidamente autorizada por él, los lugares o locales en los cuales los trabajadores realizan sus labores. La Empresa de Seguros podrá realizar exámenes médicos a los trabajadores. Asimismo el Asegurado pondrá a disposición de la Empresa de Seguros los libros referentes a los trabajadores, sueldos, salarios y demás remuneraciones.

Por **EL TOMADOR**

Por **LA VENEZOLANA DE SEGUROS Y VIDA C. A.**

Aprobado por la Superintendencia de Seguros mediante Oficio Nro. 4808 de fecha 04-05-2007