PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD DEL PATRONO POR ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES OCUPACIONALES

CONDICIONES GENERALES

Entre ESTAR SEGUROS, S.A., RIF N° J-00007587-5, inscrita en el Registro de Comercio llevado por el Juzgado de Primera Instancia en lo Mercantil del Distrito Federal, el 21 de agosto de 1947, bajo el N° 921, Tomo 5-C, que en adelante se denominará el **Asegurador**, representada por el Sr. José Miguel Reyes, en su carácter de Presidente Ejecutivo, facultado por los estatutos sociales que rigen a su representada, 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 este 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 intereses económicos está expuesta a los riesgos cubiertos y amparada 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**, nombre del intermediario de la actividad aseguradora, coberturas contraladas, 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; vigencia del contrato; fecha de emisión del contrato; 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 la póliza y 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. Las primas de este seguro corresponderán a periodos anuales, semestrales, trimestrales, mensuales y cualquier otro acordado entre las partes, y serán determinadas sobre la base de las tarifas que por cada modalidad tenga aprobadas el **Asegurador**.

8. **RIESGO:** Posible ocurrencia por azar de un acontecimiento que no dependa exclusivamente de la voluntad del **Tomador,** del **Asegurado** o del **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 al 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

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 juridica que obrando por cuenta propia o ajena, contrala el seguro con el **Asegurador**, trasladándole los riesgos y obligándose al pago de la prima.

CLÁUSULA 3. EXCLUSIONES GENERALES.
Esta póliza no cubre:

1. **Perdidas, 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 a 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.**
4. **Otras exclusiones que se establezcan en las condiciones Particulares de la póliza.**

CLÁUSULA 4. EXONERACIONES DE RESPONSABILIDAD.
El Asegurador no estará obligado al pago de la indemnización en los siguientes casos:

1. **Si el Tomador, el Asegurado, el Beneficiarlo o cualquier persona que obre**

por cuenta de estos 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, del Asegurado o del Beneficiario.**
3. **Si el siniestro ha sido ocasionado por culpa grave del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario, salvo que este expresamente cubierto en las Condiciones Particulares. 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 to que respecta a este contrato.**
4. **Si el siniestro se inicia antes de la vigencia del contrato y continúa después de que los riesgos hayan comenzado a correr por cuenta del Asegurador.**
5. **Si el Tomador, el Asegurado o el 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 el Asegurado actúa con dolo o culpa grave, según lo señalado en la Cláusula Declaraciones en la Solicitud de Seguro, de estas Condiciones Generales.**
7. **Si el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario intencionalmente omitiere dar aviso al Asegurador sobre la contratación de pólizas que cubran el mismo riesgo amparado por el presente contrato o si 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 12. 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, el Asegurado, el Beneficiario o cualquier persona que obre por cuenta de estas, 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. VIGENCIA DEL CONTRATO.

La vigencia del contrato será anual, semestral, trimestral, mensual o de cualquier otra duración que haya sido acordada entre las partes, y en todo caso, 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 vigencia del contrato y terminaran 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 vigencia 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, esta tendrá efecto desde el inicio de la vigencia del contrato, sin necesidad de previo aviso al **Tomador**.

Si ocurriese un siniestro en el plazo convenido para el pago de la primera prima, el **Asegurador** pagara 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.

Si el pago de la prima es fraccionado, se entiende que tal fraccionamiento es una facilidad de pago y no implica modificación del periodo de vigencia del contrato. En este caso, si el **Tomador** no pagase cualquier fracción de la prima dentro de los 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 y si en ese periodo ocurriese un siniestro amparado, 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 del periodo de vigencia 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 referido plazo de cinco (5) días hábiles previsto en esta Cláusula.

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

Contra el pago de la prima o cualquiera de sus fracciones, el **Asegurador** entregará al **Tomador** el Cuadro póliza Recibo o recibo de prima correspondiente, según sea el caso, firmado y sellado. La entrega de este documento podrá efectuarse en forma impresa o a través de los mecanismos electrónicos previstos para ello y acordados por las partes que consten en la solicitud de seguro.

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 este.

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

Las primas podrán ser pagadas bajo cualquier mecanismo o medio acordado por las partes.

CLÁUSULA 8. DECLARACIONES EN LA SOLICITUD DE SEGURO.

El **Tomador** o el 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 el conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

El **Asegurador**, deberá participar al **Tomador** o al **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 rescindir el contrato, mediante comunicación dirigida al **Tomador** o al **Asegurado**, según corresponda, en el plazo de un (1) mes, contado a partir del conocimiento de los hechos.

En caso de resolución, esta 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 periodo que falte por transcurrir, se encuentre a disposición del **Tomador** en la caja del **Asegurador**. Corresponderán al **Asegurador**, las primas relativas al periodo de seguro transcurrido, en el momento en que haga esta notificación. El **Asegurador** no podrá rescindir 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 la participación a que se refiere esta **CLÁUSULA**, la indemnización se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese establecido de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si el **Tomador** o el **Asegurado** actúa con dolo o culpa grave, el **Asegurador** quedara liberado del pago de la indemnización y de la devolución de la prima.

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

CLÁUSULA 9. FALSEDADES Y RETICENCIAS DE MALA FE.
Las falsedades y reticencias de mala fe por parte del **Tomador** o del **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 haberlo conocido, no hubiese contratado o lo hubiese hecho en otras condiciones.

En caso de falsedades y reticencias de mala fe por parte del **Tomador**, del **Asegurado** o del **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 10. 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 este, será realizado dentro de los treinta (30) días siguientes contados desde el momento en que la cantidad que el **Asegurado** esté obligado a pagar haya sido determinada, bien por sentencia definitivamente firme contra 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 perdidas, si fuera el caso, salvo por causa extraña no imputable al **Asegurador**.

CLÁUSULA 11. RECHAZO DEL SINIESTRO.
El **Asegurador** deberá notificar por escrito al **Tomador**, al **Asegurado** o al **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 12. SUBROGACIÓN DE DERECHOS.
El **Asegurador** que ha pagado la indemnización, queda subrogado de pleno derecho, hasta la concurrencia del monto de esta, en los derechos y acciones del **Tomador**, del **Asegurado** o del **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 el **Beneficiario** no podrá, en ningún momento, renunciar a sus derechos de exigir a otras personas la reparación por los daños y pérdidas que estas le hubiesen ocasionado.

En caso de siniestro, el **Asegurado** o el **Beneficiario** está obligado a realizar a expensas del **Asegurador**, cuantos actos sean necesarios y todo to que este 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 el **Beneficiario** incumpliere to 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 13. PLURALIDAD DE SEGUROS.

Cuando un interés estuviese asegurado contra el mismo riesgo, por dos o más aseguradores, el **Tomador**, el **Asegurado** o el **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 periodo de vigencia de cada contrato.

Si el **Tomador**, el **Asegurado** o el **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 aquel. Sin embargo, conservarán sus derechos derivados de los respectivos contratos. En este caso, deberán tener prueba fehaciente de la conducta dolosa del **Tomador**, del **Asegurado** o del **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 el **Beneficiario** podrá solicitar a cada **Asegurador**, en el orden que el 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, 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 el **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 14. 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 para regular los mecanismos alternativos de solución de conflictos en la actividad aseguradora.

El laudo arbitral será de obligatorio cumplimiento.

CLÁUSULA 15. CADUCIDAD.
El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario perderá todo derecho a ejercer acción judicial contra el Asegurador o convenir con este 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, del Asegurado o del Beneficiario respecto a la indemnización o al cumplimiento de la obligación a través de proveedores de insumos o servicios.

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

CLÁUSULA 17. OBLIGACIONES DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO.

1. El **Tomador** y el Propuesto **Asegurado** deberán llenar la Solicitud de Seguro y declarar, con absoluta sinceridad, todas las circunstancias necesarias para identificar el interés **Asegurado** y apreciar la extensión de los riesgos, en los términos indicados en este contrato.
2. El **Asegurado** deberá prestar toda la colaboración necesaria para facilitar la realización de las inspecciones de riesgo, así como
3. también los ajustes de daños, según sea el caso.
4. El **Tomador** deberá pagar la prima en la forma, frecuencia y tiempo convenido en este contrato.
5. El **Asegurado** deberá emplear el cuidado de un diligente padre de familia para prevenir el siniestro.
6. El **Asegurado** o el **Beneficiario** deberá tomar las medidas necesarias para salvaguardar el interés asegurado o para conservar sus restos.
7. El **Tomador**, el **Asegurado** o el **Beneficiario** le hará saber al **Asegurador**, dentro del plazo establecido en las Condiciones Particulares, la ocurrencia de un siniestro, expresando claramente las causas y circunstancias de to ocurrido.
8. El **Tomador**, el **Asegurado** o el **Beneficiario** deberá 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.
9. El **Tomador**, el **Asegurado** o el **Beneficiario** deberá probar la ocurrencia del siniestro a través de la consignación de toda aquella información necesaria para la indemnización del siniestro, que sea solicitada por el **Asegurador**.
10. El **Asegurado** o el **Beneficiario** deberá realizar diligentemente todas las acciones necesarias y destinadas a garantizar al Asegurador el ejercicio de su derecho de subrogación.
11. El **Tomador** o el **Asegurado**, en caso de cambio de dirección de cobro, domicilio, habitación u oficina, según sea el caso, debe notificar par 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.
12. El **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 18. OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR.

1. Informar al **Tomador** o al **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 este 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 a su 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 19. MODIFICACIONES.

Se consideran aceptadas Las solicitudes escritas de prorrogar o modificar un contrato, si el **Asegurador** no rechaza por escrito la solicitud dentro de los diez (10) días hábiles de haberla recibido.

La modificación de La suma asegurada o del deducible requerirá siempre aceptación expresa de la otra parte; en caso que no exista aceptación expresa se presumirá aceptada: por el **Asegurador,** con la emisión del Cuadro póliza Recibo, en el que se modifique la suma asegurada o el deducible y, por **el Tomador** o el **Asegurado**, con el pago de la diferencia de prima correspondiente, si la hubiere.

Si la modificación es efectiva a partir de la prórroga del contrato, debe ser comunicada al **Tomador** mediante notificación efectuada en forma impresa o a través de los mecanismos electrónicos acordados para ello, con un plazo de un (1) mes de anticipación a la conclusión del periodo de seguro en curso.

En caso de desacuerdo del **Tomador** o del **Asegurado**, el **Asegurador** mantendrá o renovará el contrato 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 estas sobre las Condiciones Generales de la póliza.

Si la modificación requiere pago de prima adicional se aplicara lo dispuesto al respecto en este contrato.

CLÁUSULA 20. 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 aquel, el importe correspondiente a la parte proporcional de la prima no consumida, por el periodo que falte por transcurrir.

A su vez, el **Tomador** o el **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 periodo que falte per transcurrir.

La terminación anticipada de la póliza 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 las indemnizaciones sean por la totalidad de la Suma Asegurada.

CLÁUSULA 21. AVISOS.

Todo aviso o comunicación que una parte deba dar a la otra respecto a este contrato se efectuará con acuse de recibo, mediante comunicación escrita o telegrama dirigido a la dirección del **Tomador** o del **Asegurado** que conste en el contrato, según corresponda, o 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 lapso de cinco (5) días hábiles, contados a partir de su recepción.

CLÁUSULA 22. 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 23. AUTORIZACIONES.

Sin autorización escrita del **Asegurador**, el **Tomador**, el **Asegurado** o el **Beneficiarlo** 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.

CLÁUSULA 24. DOMICILIO ESPECIAL.

Para todos los efectos y consecuencias derivadas o que puedan derivarse de esta Póliza, 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 ESTAR SEGUROS, S.A**

Aprobada por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora según providencia nro. FSAA-9-00096 de fecha 12 de enero de 2017

CONDICIONES PARTICULARES

Cláusula 1. DEFINICIONES

A los efectos de esta Póliza, queda expresamente convenido que los siguientes términos tendrán la acepción que se les asigna a continuación:

ACCIDENTES DE TRABAJO: Es todo suceso que produzca en el Trabajador o Aprendiz 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 y sobrevenida en el curso del trabajo, por el hecho o con ocasión del trabajo. Será igualmente considerado como accidente de trabajo:

1. La lesión interna determinada por un esfuerzo violento o producto de la exposición a agentes físicos, mecánicos, químicos, biológicos, psicosociales, condiciones meteorológicas sobrevenidas en las mismas circunstancias.
2. Los accidentes acaecidos en actos de salvamento y en otros de naturaleza análoga, cuando tengan relación con el trabajo.
3. Los accidentes que sufra el trabajador 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.

4. Los accidentes que sufra el trabajador 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 concurran los requisitos de concordancia cronológica y topográfica exigidos en el numeral anterior.

APRENDIZ: adolescente sometido a formación profesional sistemática del oficio en el cual trabaje y sin que previamente a su colocación hubiese egresado de cursos de formación para dicho oficio.

DISCAPACIDAD TEMPORAL: Es la contingencia que, a consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad ocupacional, imposibilita al Trabajador o a el Aprendiz para trabajar por un tiempo determinado.

DISCAPACIDAD PARCIAL PERMANENTE: Es la contingencia que, a consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad ocupacional, genera en el Trabajador o Aprendiz una disminución parcial y definitiva menor del 67% de su capacidad física o intelectual para el trabajo.

DISCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE PARA EL TRABAJO HABITUAL: Es la contingencia que, a consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad ocupacional, genera en el Trabajador o Aprendiz una disminución mayor o igual al 67% de su capacidad física, intelectual o ambas, que le impiden 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.

DISCAPACIDAD ABSOLUTA PERMANENTE PARA CUALQUIER TIPO DE ACTIVIDAD LABORAL: Es la contingencia que, a consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad ocupacional, genera en el Trabajador o Aprendiz 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.

DEDUCIBLE: Cantidad o porcentaje indicado en el Cuadro Póliza Recibo que El Asegurado asume a su cargo y en consecuencia no será pagado por El Asegurador en caso de ocurrencia de un siniestro cubierto por la Póliza.

SUMA ASEGURADA: Es el límite máximo de responsabilidad de El Asegurador y está indicado en el Cuadro Póliza Recibo. Este límite puede ser reducido a un porcentaje del mismo o a un monto inferior para determinados bienes o coberturas, lo que significa la aplicación de un sublímite. Dicho sublímite o la forma de calcularlo estará claramente indicado en el Cuadro Póliza Recibo o en las Condiciones Generales o en las Condiciones Particulares de la presente Póliza

ENFERMEDAD OCUPACIONAL Y/O PROFESIONAL: Aquellos estados patológicos contraídos o agravados con ocasión del trabajo o exposición al medio en el que el Trabajador o el Aprendiz 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.

Se presumirá el carácter ocupacional de aquellos estados patológicos incluidos en la lista de enfermedades ocupacionales establecidas en las normas técnicas de la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo.

La determinación de los accidentes de trabajo o enfermedades ocupacionales será realizada por el Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales, mediante informe de investigación y calificación de origen, los cuales tendrán carácter de documento público.

ENFERMEDAD PREEXISTENTE: Es toda enfermedad que pueda comprobarse ha sido adquirida con anterioridad a la fecha en que se haya celebrado este contrato y que sea conocida por El Tomador, El Asegurado o El Beneficiario. Cuando El Asegurador alegue que una determinada enfermedad es preexistente deberá probarlo. El Trabajador o Aprendiz estará obligado a someterse a los exámenes que razonablemente le sean requeridos por El Asegurador a costa de ésta, con la finalidad de comprobar la preexistencia de dicha enfermedad. En caso de dudas se considerará que la enfermedad no es preexistente.

GRAN DISCAPACIDAD: Es la contingencia que, a consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad ocupacional, obliga al Trabajador o Aprendiz a auxiliarse en otras personas para realizar los actos elementales de la vida diaria.

MUERTE: Fallecimiento del Trabajador o Aprendiz a consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad ocupacional.

PATRONO O EMPLEADOR: Persona natural o jurídica que en nombre propio, ya sea por cuenta propia o ajena, tiene a su cargo una empresa, establecimiento, explotación o faena, de cualquier naturaleza o importancia, que ocupe trabajadores o aprendices, sea cual fuere su número. Para efectos de esta Póliza el Patrono o Empleador es El Asegurado.

SALARIO INTEGRAL: Es la remuneración devengada por el Trabajador o Aprendiz en forma regular y permanente por la prestación del servicio (salario normal), incluidas las alícuotas de utilidades y bono vacacional.

SALARIO MÍNIMO: Es la remuneración mínima fijada por la ley que debe ser pagada a un Trabajador o a un Aprendiz por la prestación de su servicio en jornada de tiempo completo. En caso de jornada a tiempo parcial, podrá pagarse un salario inferior al mínimo, proporcional al tiempo de la jornada convenida.

SALARIO NORMAL: Es la remuneración devengada por el Trabajador o el Aprendiz en forma regular y permanente por la prestación del servicio, excluidas las percepciones de carácter accidental, las alícuotas de bono vacacional y de utilidades, las derivadas de la prestación de antigüedad y las que no tienen atribuido expresamente carácter salarial y comprende las comisiones, bonos de productividad y propinas.

SECUELA O DEFORMACIONES PERMANENTES: son aquellas provenientes de enfermedades ocupacionales o accidentes de trabajo que vulneran la facultad humana del Trabajador o del Aprendiz más allá de la simple pérdida de su capacidad de ganancias, alterando la integridad emocional o psíquica del Trabajador o Aprendiz lesionado.

SUB-LÍMITE: Monto máximo de responsabilidad que asume El Asegurador, menor que la suma asegurada y comprendida dentro de esta, para una cobertura o grupo de coberturas señalados específicamente en el Cuadro Póliza Recibo. El monto del sub-limite se establecerá en el Cuadro Póliza Recibo para cada cobertura o grupo de coberturas sujetas a esta limitación.

TRABAJADOR: Persona natural inscrita en una nómina que realiza una labor de cualquier clase, por cuenta ajena y bajo la dependencia de otra. La prestación del servicio debe ser remunerada. Se considerarán Trabajadores o Aprendices al servicio de El Asegurado aquellos que aparezcan en la nómina del mismo, correspondiente al período en el cual ocurre la enfermedad profesional o accidente de trabajo que da lugar a la reclamación. No se consideran Trabajadores o Aprendices al servicio de El Asegurado y por lo tanto no darán lugar a indemnización alguna: sus familiares o parientes, y aquellas personas que dependen directamente de los contratistas que presten servicios a El Asegurado.

VÍAS DE HECHO: Constituye una agresión física, material, en la práctica, dirigida por el Trabajador o el Aprendiz al Patrono o Empleador, supervisor o demás trabajadores, que configura una grave falta a la disciplina y al orden que debe reinar en el ambiente laboral, siendo una causal de despido justificado.

Cláusula 2. COBERTURAS BASICAS

2.1 COBERTURA POR ACCIDENTES DE TRABAJO O ENFERMEDADES OCUPACIONALES

El Asegurador indemnizará a El Asegurado, hasta el límite de responsabilidad indicado en el Cuadro Póliza Recibo para esta cobertura, los montos que esté

obligado a pagar a sus Trabajadores o Aprendices que figuren en su nómina o a los causahabientes de éstos, con motivo de la responsabilidad que le impone el Articulo 43 de la Ley Orgánica del Trabajo, los Trabajadores y las Trabajadoras, y de conformidad con los términos y condiciones de esta Póliza, a consecuencia de los accidentes de trabajo o de las enfermedades ocupacionales ocurridas y diagnosticadas durante la vigencia de la misma, de la siguiente manera:

Las consecuencias de los accidentes de trabajo o de las enfermedades ocupacionales que se encuentran amparadas y dan derecho a indemnización hasta el monto señalado son las que se mencionan más abajo, sin menoscabo de lo establecido en la Cláusula 19. LÍMITES DE RESPONSABILIDAD de estas Condiciones Particulares, son:

1. **Discapacidad Temporal: La indemnización será el equivalente al doble del salario correspondiente a los días que hubiere durado el reposo por dicha incapacidad, sin exceder en ningún caso el lapso máximo de un (1) año.**

2. **Discapacidad Parcial Permanente: Si la discapacidad es menor o igual al 25%, la indemnización será el equivalente al salario correspondiente a no menos de un (1) año ni más de cuatro (4) años, contados por días continuos. Si la discapacidad es mayor al 25%, se indemnizará el salario correspondiente a no menos de dos (2) años ni más de cinco (5) años, contados por días continuos.**

3. **Discapacidad Total Permanente para el trabajo habitual: La indemnización será el equivalente al salario correspondiente a no menos de tres (3) años ni más de seis (6) años, contados por días continuos.**

4. **Discapacidad Absoluta Permanente para cualquier tipo de actividad laboral: La indemnización será el equivalente al salario correspondiente a no menos de cuatro (4) años ni más de siete (7) años, contados por días continuos.**

5. **Gran Discapacidad: Si está asociada a la discapacidad absoluta permanente, la indemnización será el salario correspondiente a no menos de cinco (5) años ni más de ocho (8) años, contados por días continuos. Si está asociada a la discapacidad Temporal, la indemnización será al triple del salario correspondiente a los días que hubiere durado la incapacidad, sin exceder en ningún caso del lapso máximo de un (1) año.**

6. **Muerte: La indemnización será el equivalente al salario correspondiente a no menos de cinco (5) años ni más de ocho (8) años, contados por días continuos.**

Las indemnizaciones que deban pagarse conforme a esta Cláusula, se calcularán en base al salario normal devengado por el Trabajador o Aprendiz, a la fecha en que ocurrió el accidente laboral o se diagnosticó la enfermedad ocupacional.

No se consideran como incapacidades los defectos físicos provenientes de accidentes o enfermedades ocupacionales que no inhabiliten al Trabajador o Aprendiz para ejecutar con la misma eficacia la misma clase de trabajo de que era capaz antes de ocurrir el accidente o de contraer la enfermedad.

2.2 COBERTURA DE RESPONSABILIDAD EMPRESARIAL

El Asegurador indemnizará a El Asegurado, hasta el límite de responsabilidad indicado en el Cuadro Póliza Recibo para esta cobertura, los montos que El Asegurado esté obligado a pagar a sus Trabajadores o Aprendices que figuren en su nómina o a los causahabientes de éstos, de conformidad con lo establecido en el Artículo 130, de la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo o en la disposición legal que corresponda en caso de reforma de la mencionada Ley, por la enfermedad ocupacional o el accidente de trabajo, ocurrido y diagnosticado durante la vigencia de esta Póliza, como consecuencia de la violación o el incumplimiento por parte de El Asegurado de las obligaciones establecidas en la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo, siempre que dicha responsabilidad haya sido calificada por el Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales (INPSASEL) y declarada mediante sentencia definitivamente firme no resultante de admisión de los hechos, emanada de Tribunal competente.

Las consecuencias de los accidentes de trabajo o de las enfermedades ocupacionales que se encuentran amparadas y dan derecho a indemnización hasta el monto señalado más abajo, sin menoscabo de lo establecido en la Cláusula 19. LÍMITES DE RESPONSABILIDAD de estas Condiciones Particulares, son:

a) **Discapacidad Temporal: La indemnización será el equivalente al doble del salario integral devengado correspondiente a los días que hubiere durado el reposo por dicha incapacidad, sin exceder en ningún caso el lapso máximo de un (1) año.**

b) **Discapacidad Parcial Permanente: Si la discapacidad es menor o igual al 25%, la indemnización será el equivalente al salario integral devengado correspondiente a no menos de un (1) año ni más de cuatro (4) años, contados por días continuos. Si la discapacidad es mayor al 25%, se indemnizará el salario integral devengado correspondiente a no menos de dos (2) años ni más de cinco (5) años, contados por días continuos.**

c) **Discapacidad Total Permanente para el trabajo habitual: La indemnización será el equivalente al salario integral devengado correspondiente a no menos de tres (3) años ni más de seis (6) años, contados por días continuos.**

d) **Discapacidad Absoluta Permanente para cualquier tipo de actividad laboral: La indemnización será el equivalente al salario integral devengado correspondiente a no menos de cuatro (4) años ni más de siete (7) años, contados por días continuos.**

e) **Gran Discapacidad: Si está asociada a la discapacidad absoluta permanente, la indemnización será el salario integral devengado correspondiente a no menos de cinco (5) años ni más de ocho (8) años, contados por días continuos. Si está asociada a la discapacidad Temporal, la indemnización será al triple del salario integral devengado correspondiente a los días que hubiere durado la incapacidad, sin exceder en ningún caso del lapso máximo de un (1) año.**

f) **Secuela o Deformaciones Permanentes: La indemnización será el equivalente al salario integral devengado correspondiente a cinco (5) años contados por días continuos.**

g) **Muerte: La indemnización será el equivalente al salario integral devengado correspondiente a no menos de cinco (5) años ni más de ocho (8) años, contados por días continuos.**

Si luego de producida una clasificación por el Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales, se agravaren las consecuencias de la enfermedad ocupacional o accidente de trabajo, implicando una clasificación mayor a la previamente establecida por el Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales, El Asegurador indemnizará solamente la diferencia que pueda existir entre la indemnización por la clasificación previamente establecida, si ésta se hubiere efectuado, y la indemnización por la clasificación posterior.

A los efectos de estas indemnizaciones, el salario base para el cálculo de las mismas será el salario integral devengado por el Trabajador afectado en el mes de labores inmediatamente anterior a la fecha de ocurrencia del accidente o de diagnóstico de la enfermedad.

Cláusula 3. COBERTURAS OPCIONALES

Mediante aceptación expresa y el pago de la prima adicional contra la entrega del Cuadro Póliza Recibo o de la Nota de Cobertura Provisional, la presente Póliza se

extiende a cubrir los riesgos y beneficios que a continuación se indican y que están identificados en el Cuadro Póliza Recibo:

3.1. ASISTENCIA LEGAL Y DEFENSA PENAL
Esta Póliza cubre, hasta el límite de responsabilidad indicado en el Cuadro Póliza Recibo para esta Cobertura, los gastos de honorarios profesionales por Asistencia Legal, Defensa Penal y de Costas Judiciales provenientes de reclamaciones por enfermedades ocupacionales o accidentes de trabajo que impliquen responsabilidad de El Asegurado de acuerdo con la Cobertura Básica de esta Póliza.

El Asegurador se reserva el derecho de nombrar la persona que se encargará de prestar la Asistencia Legal y la Defensa Penal, la cual una vez realizada se reputará aceptada por El Asegurado. El Asegurador quedará exonerado de la obligación contenida en esta Cláusula si El Asegurado designara por su cuenta a abogado privado.

El Asegurado releva A El Asegurador de cualquier responsabilidad por el resultado de las gestiones de la persona encargada de su asistencia legal, así como de la que se ocupe de su defensa penal. Cualquier acción u omisión de El Asegurado que impida o dificulte la actuación de la persona designada liberará a El Asegurador de cualquier obligación bajo esta cobertura.

3.2. GASTOS MÉDICOS
Si un accidente de trabajo o enfermedad ocupacional sufrido por un Trabajador o Aprendiz dieran lugar a indemnización por cualquiera de los riesgos cubiertos por el numeral 2.1 COBERTURA POR ACCIDENTES O ENFERMEDADES OCUPACIONALES de la Cláusula 2. COBERTURAS BÁSICAS de estas Condiciones Particulares, El Asegurador reembolsará a El Asegurado, los gastos que hubiera pagado por concepto de honorarios médicos, quirúrgicos, hospitalarios y farmacéuticos, relacionados con la atención de dicho Trabajador o Aprendiz hasta por el monto de la Suma Asegurada indicada en el Cuadro Póliza Recibo para esta cobertura.
Los gastos antes mencionados no se descontarán de las indemnizaciones a que haya lugar por o a consecuencia de muerte o incapacidad.

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

3.3. RESPONSABILIDAD POR INTENCIÓN, NEGLIGENCIA O IMPRUDENCIA
EL Asegurador conviene en indemnizar a El Asegurado, hasta el límite de responsabilidad indicado en el Cuadro Póliza Recibo para esta cobertura, por cualquier erogación que tenga que efectuar a cualquiera de sus Trabajadores o

Aprendices por imposición de la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo, a consecuencia de enfermedades ocupacionales o accidentes de trabajo, resultantes de intención, negligencia o imprudencia como Patrono o Empleador.

Queda entendido que las obligaciones bajo esta cobertura se aplicaran únicamente en exceso de las indemnizaciones que El Asegurado esté obligado a pagar a sus Trabajadores o Aprendices según lo previsto en el artículo 130 de la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo, siempre que tal indemnización hubiese sido acordada mediante sentencia definitivamente firme emanada de Tribunal competente y no derivada de admisión de los hechos.

La Suma Asegurada de esta cobertura en todo caso será el límite máximo de responsabilidad de El Asegurador bajo la misma, trátese de un solo Trabajador o Aprendiz afectado, o de un evento con varios Trabajadores involucrados. Bajo esta cobertura no serán amparados gastos por conceptos de honorarios médico quirúrgicos, farmacéuticos, de hospitalización, ni los gastos de asistencia legal y defensa penal, o costas judiciales producto de un accidente de trabajo o una enfermedad ocupacional acaecida a uno o más trabajadores.

3.4. RESPONSABILIDAD SOLIDARIA CON CONTRATISTAS Y/O SUBCONTRATISTAS Y/O EMPRESAS DE TRABAJO TEMPORAL

El Asegurador conviene en indemnizar a El Asegurado, hasta el límite de responsabilidad indicado en el Cuadro Póliza Recibo para esta cobertura, por la erogación que tenga que efectuar, en ejecución de sentencia definitivamente firme en su contra no resultante de admisión de los hechos, en carácter de responsable solidario, dictada en última instancia por la autoridad judicial competente, en la cual se le condene a indemnizar a trabajadores de contratistas, intermediarios o empresas de trabajo temporal, por la responsabilidad solidaria contemplada en el Artículo número 127 de La Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo, y en base al Artículo 130 de la mencionada ley.

El Asegurado deberá presentar a El Asegurador copia certificada de la referida sentencia condenatoria dictada en su contra en última instancia, en un lapso que no excederá de diez (10) días hábiles a contar de la fecha de pronunciamiento de la misma o de su notificación a El Asegurado o El Tomador

Esta Cobertura se refiere solo a los Contratistas, subcontratistas, intermediarios y/o empresas de trabajo temporal por los Accidentes de Trabajo o Enfermedades Ocupacionales ocurridos a los trabajadores o trabajadoras dependientes de éstos mientras presten sus servicios para y en las instalaciones de El Asegurado, siempre que hayan sido notificados a El Asegurador por escrito y previo al pago de la prima adicional.

El Asegurado se obliga a notificar A El Asegurador la identificación de todos los Contratistas, Intermediarios o Empresas de Trabajo Temporal que prestaran sus servicios en sus instalaciones y la descripción de las labores que desempeñan los trabajadores o trabajadoras de dichos contratistas, intermediarios o empresas de trabajo temporal, así como los salarios que devengan estos trabajadores a fin de establecer la prima correspondiente, so pena de perder todos los derechos que le correspondan o puedan corresponderle de conformidad con esta Cláusula.

3.5. COBERTURA DE GASTOS FUNERARIOS:
Si un Trabajador o Aprendiz fallece a consecuencia de un Accidente de Trabajo o Enfermedad Ocupacional y/o Profesional, El Asegurador indemnizará a El Asegurado, los gastos funerarios hasta por el monto de la Suma Asegurada indicada en el Cuadro Póliza Recibo para esta Cobertura.

Los gastos antes mencionados no se descontarán de las indemnizaciones a que haya lugar por o a consecuencia de muerte o incapacidad.

3.6. HERNIAS
El Asegurador se obliga a indemnizar a El Asegurado, los gastos que hubiera pagado por concepto de honorarios médicos, quirúrgicos, hospitalarios y farmacéuticos, relacionados con la atención de hernias diagnosticadas a un Trabajador o Aprendiz amparado por esta Póliza, siempre que dicha patología sea a consecuencia directa de un Accidente de Trabajo o Enfermedad Ocupacional ocurrido y diagnosticado durante la vigencia de la Póliza, hasta por el monto de la Suma Asegurada indicada en el Cuadro Póliza Recibo para esta Cobertura.

No estarán amparados por esta Cobertura los gastos causados por la atención de Hernias en el Servicio Médico propio de El Asegurado, o por cualquier otro que tenga contratado, o con el cual mantenga algún convenio para la atención de sus Trabajadores o Aprendices.

Cláusula 4. EXÁMENES MÉDICOS
El Asegurado se obliga a practicar los exámenes de salud periódicos que establece la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo, a los Trabajadores o Aprendices amparados por este Seguro. Es condición indispensable que dichos exámenes sean practicados por profesionales de la medicina. La cobertura de esta Póliza quedara nula y sin efecto alguno para todos aquellos Trabajadores o Aprendices que no hayan sido sometidos a tales exámenes médicos.

El Trabajador o Aprendiz estará obligado a someterse a los exámenes que razonablemente le sean requeridos por El Asegurador a costa de ésta. Para la práctica

de dichos exámenes El Asegurado se obliga a prestar a El Asegurador toda la colaboración que ésta le requiera y a coordinar la práctica de los mismos según el requerimiento de aquella.

Cláusula 5. EXCLUSIONES

El Asegurador no indemnizará los pagos que deba o haya efectuado El Asegurado en los siguientes casos:

1. **Lesiones corporales, enfermedades o muerte causadas o provenientes de huelga, motín, conmoción civil, disturbios populares, disturbios laborales y daños maliciosos.**
2. **Lesiones corporales, enfermedades o muerte causadas o provenientes de: movimientos sísmicos, inundaciones, tormenta, huracán, erupciones volcánicas y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos o de acontecimientos que por su magnitud y gravedad sean calificados por las autoridades competentes como de "catástrofe o calamidad nacional".**
3. **Enfermedades Epidémicas y Endémicas declaradas oficialmente.**
4. **Enfermedades ocupacionales ocurridas o adquiridas con anterioridad a la entrada en vigencia de la Póliza. En caso de duda se entenderá que la enfermedad no es anterior.**
5. **Secuelas de accidentes de trabajo ocurridos con anterioridad a la entrada en vigencia de la Póliza.**
6. **Varices y sus complicaciones.**
7. **Daño Moral.**
8. **Gastos Médicos por Hernias de cualquier naturaleza y sus consecuencias, salvo que se hubiere contratado la cobertura opcional "Hernias", según Cláusula 3. COBERTURAS OPCIONALES, Numeral 3.6**
9. **Accidentes de trabajo o enfermedades ocupacionales provenientes de desvanecimientos, síncopes, infartos, desarreglo o trastorno mental, ataques de apoplejía y epilepsia, diabetes, alergias, rotura de aneurismas; así como las lesiones corporales relacionadas con acepciones similares y sus manifestaciones.**
10. **Accidentes debido a situaciones de fuerza mayor ajena al trabajo; a menos que se comprobare la existencia de un riesgo especial.**
11. **Cuando se trate de personas que ejecuten trabajos eventuales ajenos a la empresa de El Asegurado.**
12. **Cuando se trate de personas que ejecuten trabajos por cuenta de El Tomador o El Asegurado en sus domicilios particulares.**
13. **Cuando se trate de parientes consanguíneos o afines de El Asegurado persona natural o del propietario de la empresa, si El Asegurado fuera una persona jurídica.**
14. **Cuando se trate del Patrono o Empleador, o de sus accionistas o propietarios.**

15. **Cuando se trate del Presidente, Vicepresidente, miembros de la Junta Directiva o los administradores de El Asegurado, o de quienes hagan sus veces.**
16. **Daños materiales o de cualquier naturaleza de conformidad con lo establecido en el Código Civil, ni las indemnizaciones que puedan resultar de las responsabilidades establecidas en el Código Penal.**
17. **Cuando se hubieren realizado sin la debida y expresa autorización de El Asegurador.**

Cláusula 6. OTRAS EXONERACIONES DE RESPONSABILIDAD

El Asegurador quedará exonerado del pago de la indemnización en los siguientes casos:

1. **Si El Tomador, El Asegurado o El Beneficiario incumpliere cualquiera de las obligaciones establecidas en la Cláusula 10. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO de estas Condiciones Particulares, a menos que el incumplimiento se deba a causa extraña no imputable a El Tomador, El Asegurado o El Beneficiario u otra que lo exonere de responsabilidad.**
2. **Sin el consentimiento de ella y sin haber evaluado el siniestro, efectúen cambios o modificaciones al estado de las cosas o a las pruebas o evidencias que pueda hacer más difícil o imposible la determinación de la causa del siniestro o del daño, siempre que tal cambio o modificación no se imponga a favor del interés público o para evitar que sobrevenga un daño mayor.**
3. **Cuando la responsabilidad provenga de trabajos realizados por los familiares o parientes de El Asegurado.**

Asimismo, El Asegurador quedará exonerada del pago de la indemnización en los siguientes casos:

1. **Multas impuestas a El Asegurado por tribunales o autoridades de cualquier clase.**
2. **Honorarios profesionales por los exámenes médicos pre-empleo, de retiro y vacacionales que El Asegurado practique a sus Trabajadores o Aprendices.**
3. **Enfermedades ocupacionales o accidentes de trabajo que ocurran hallándose el Trabajador o Aprendiz bajo el efecto de alguna droga, no indicada como terapéutica por un médico legalmente autorizado para el ejercicio de la medicina.**
4. **Hechos que pudiendo ser considerados como enfermedades ocupacionales o accidentes de trabajo, se hayan producido por participación activa del Trabajador o Aprendiz en riñas, desafíos, apuestas, concursos de cualquier naturaleza y cualquier acción que pueda ser considerada como vías de hecho.**

5. **Enfermedades o accidentes provocados por el Trabajador o Aprendiz; y aquellos que se deban a negligencia y actos temerarios e imprudentes de parte del Trabajador o Aprendiz afectado.**
6. **Lesiones causadas voluntariamente por el Trabajador o Aprendiz a sí mismo, suicidio o tentativa de suicidio.**
7. **Lesiones causadas intencionalmente al Trabajador o Aprendiz, incluyendo homicidio o tentativa de homicidio, por sus derechos habientes o por El Asegurado.**
8. **Pérdida de las ganancias, lucro cesante o pérdidas directas o indirectas producidas como consecuencia del siniestro.**
9. **Accidentes de trabajo o enfermedad ocupacional donde no estuviere debidamente comprobada la relación de causalidad entre el incumplimiento de las obligaciones que le impone la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo a El Asegurado, el Patrono o Empleador y el resultado dañoso en El Trabajador o Aprendiz.**

Cláusula 7. PRIMEROS AUXILIOS

El Asegurado se compromete a tener en los lugares de trabajo un maletín de primeros auxilios debidamente equipado para atender curas en situaciones de emergencia, en caso de ser conveniente, y con el propósito de evitar que la persona accidentada resulte con daño mayor al no ser atendida inmediatamente antes de ser tratada por un médico.

Cláusula 8. DETERMINACIÓN DE LAS PRIMAS

La Prima Mínima en Depósito que ha de pagar inicialmente El Tomador se determinará sobre la base de la tarifa de primas vigente aplicada al monto total estimado de las remuneraciones que devengarían los Trabajadores o Aprendices durante el período de vigencia de la Póliza. Para la estimación de dicho monto deberán considerarse los sueldos o salarios integrales y también las remuneraciones devengadas en trabajos incidentales, exceptuándose en el caso de Compañías Anónimas, las remuneraciones pagadas al Presidente, Vicepresidente, miembros de la Junta Directiva y administradores de El Asegurado o quienes hagan sus veces.

Posteriormente, al terminar el período de vigencia de la Póliza, se calculará la prima real devengada sobre la base de la remuneración total de dicho período de acuerdo con las declaraciones suministradas por El Tomador, considerando la tasa y las condiciones especificadas al inicio del período. Si la prima resultante calculada de esa manera, fuese mayor que la Prima Mínima en Depósito pagada por adelantado, El Asegurador emitirá a tal efecto el recibo de prima correspondiente y El Tomador pagará la prima restante a El Asegurador, si la prima resultante fuese menor, El Asegurador retendrá la Prima Mínima en Depósito especificada en el Cuadro Póliza Recibo, la cual se entenderá como prima ganada.

Cláusula 9. LAS DECLARACIONES

El Tomador está obligado a declarar a El Asegurador todos los movimientos de ingresos y egresos de Trabajadores o Aprendices que se produzcan en el período de vigencia de la Póliza. A tal efecto, El Tomador se obliga a remitir a El Asegurador dentro de un plazo máximo de quince (15) días después de cada mes calendario, la nómina real de sueldos, salarios y demás remuneraciones pagadas a todo el personal durante el mes anterior.

Estas declaraciones mensuales servirán de base para el cálculo de la prima real devengada. Las nóminas de pago serán consideradas por El Asegurador como una relación general de los trabajadores; quienes no figuren en las nóminas declaradas quedarán fuera del alcance del seguro.

La falta de presentación de las nóminas dentro del plazo indicado producirá la resolución del contrato y se aplicará lo dispuesto en la Cláusula 20. TERMINACIÓN ANTICIPADA de las Condiciones Generales de esta Póliza.

En caso de terminación, el Seguro podrá ser rehabilitado mediante el pago de las primas pendientes, pero de haber tenido la terminación una duración mayor de diez (10) días continuos, la rehabilitación sólo será posible a partir de la fecha en que sea solicitada y no cubrirá los casos de accidente de trabajo o enfermedad profesional que hayan ocurrido o tengan origen durante el período de caducidad del Seguro.

Cláusula 10. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

Al ocurrir un siniestro que pueda dar origen a la activación de la cobertura contratada bajo esta Póliza, El Tomador, El Asegurado o El Beneficiario deberá:

1. Tomar las providencias necesarias y oportunas para evitar que sobrevengan pérdidas o daños ulteriores.
2. Notificar a El Asegurador la ocurrencia del siniestro dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes de haber tenido conocimiento de la enfermedad ocupacional o el accidente de trabajo que sufran sus Trabajadores, y de toda demanda, procedimiento o diligencia de que tuviese noticia y que pudiera producir reclamo bajo esta Póliza. Tal notificación deberá contener:
    a) Un informe escrito sobre la investigación del accidente o incidente, realizado por El Asegurado, con todas las circunstancias del siniestro en el cual detalle los nombres y apellidos, cédula de identidad, edad, profesión u ocupación y salario del Trabajador afectado, indicando además en forma amplia y clara las circunstancias, lugar y actividad en las cuales se produce el accidente de trabajo o la enfermedad ocupacional y/o carta explicativa del siniestro detallando lo antes indicado.
    b) Fotocopia de la notificación de accidente laboral ante el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales.
    c) Fotocopia de la notificación inmediata y de la notificación formal del

accidente de trabajo ante el Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laboral.

d) Fotocopia de la Forma 14-02 "Registro de El Asegurado".
e) Fotocopia de la notificación del accidente de trabajo o de la enfermedad ocupacional al Ministerio del Trabajo.
f) Fotocopia de la Cédula de Identidad del trabajador o Aprendiz afectado.
g) Fotocopia de la notificación de riesgos efectuada al Trabajador o Aprendiz.
h) Original y copia de la solicitud de empleo y currículum vitae del Trabajador o Aprendiz afectado.
i) Fotocopia de reposos y constancias médicas que consten en el expediente laboral del Trabajador o Aprendiz afectado.
j) Recibo de pago de salario del Trabajador o Aprendiz afectado del mes anterior a la ocurrencia del accidente de trabajo o del diagnóstico de la enfermedad.
k) Original de la Constancia de Trabajo con indicación de sueldo del Trabajador o Aprendiz afectado.
l) Original de la Evaluación médica (Examen Pre, Post Empleo, Pre vacaciones, Post vacaciones según sea el caso), anexando examen y similares practicados por esa evaluación.

3. Entregar al Asegurador dentro de los cinco (05) días hábiles siguientes a su recepción o de haber tenido conocimiento:
   a) Original y copia del informe del médico tratante estableciendo el diagnóstico (Firmado y Sellado). El informe deberá indicar el tratamiento médico o quirúrgico y, deberá tener anexos los exámenes complementarios (Radiografías, Tomografías, Resonancias) y cualquier otro examen practicado que haya permitido establecer el diagnóstico, con sus informes.
   b) Fotocopia de la Forma 14-73 "Certificado de Incapacidad".
   c) Fotocopia de la Forma 14-03 "Participación de Retiro del Trabajador.
   d) Original y copia de facturas de exámenes médicos, emitidas bajo los requerimientos del SENIAT, en caso de poseer la cobertura de gastos médicos.
   e) Original y copia de facturas por gastos de farmacia, emitidas bajo requerimientos del SENIAT, con sus respectivos récipes. en caso de poseer la cobertura de gastos médicos.
   f) Original y copia de facturas por concepto de honorarios médicos, indicando servicio profesional facturado, emitidas bajo requerimientos del SENIAT, en caso de poseer la cobertura de gastos médicos.
   g) Original y copia de factura de Clínica, emitida bajo requerimientos del SENIAT, debidamente cancelada anexando desglose de rubros facturados (con recibo de ingreso a Caja), en caso de poseer la cobertura de gastos médicos

h) Original y Copia de la certificación de origen y calificación de Incapacidad establecida y emitida por el Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales.
i) Original y Copia del Informe técnico de investigación sobre la calificación del origen ocupacional del accidente de trabajo o de la enfermedad ocupacional, emitido por el Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales.
j) Copia certificada de la sentencia definitivamente firme emanada de Tribunal competente que acuerde las indemnizaciones amparadas por la Póliza.
k) Original y copia de facturas por gastos funerarios, emitidas bajo requerimientos del SENIAT, en caso de poseer la cobertura de gastos funerarios.
l) Cualquier otro documento que en función a las coberturas de la presente Póliza resulte útil y pertinente.

El Asegurador podrá solicitar documentos adicionales a los descritos anteriormente, en una sola oportunidad adicional. Dicha solicitud debe efectuarse como máximo dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha en que se entregó, a satisfacción de El Asegurador, el último de los documentos requeridos en los literales anteriores. En este caso, se establece un plazo de diez (10) días hábiles para la presentación de los recaudos solicitados por El Asegurador**,** contados a partir del día hábil siguiente a la fecha de solicitud de los mismos.

4. Abstenerse de efectuar algún pago extrajudicial y celebrar acuerdo, convenimiento, transacción o arreglo, imputables a la cobertura de la Póliza, sin la previa autorización de El Asegurador dada por escrito.
5. Abstenerse de proponer en el juicio incoado en su contra por las indemnizaciones amparadas mediante esta Póliza la llamada de tercero de El Asegurador.

El incumplimiento en las notificaciones, entrega de documentos, y en los deberes a cargo de El Tomador, El Asegurado o El Beneficiario, en las condiciones y plazos establecidos en la presente Cláusula, exonerará a El Asegurador de las obligaciones derivadas de esta Póliza, a menos que el incumplimiento se deba a causa extraña no imputable a El Tomador, El Asegurado o El Beneficiario.

Cláusula 11. GASTOS PARA AMINORAR LAS CONSECUENCIAS DEL SINIESTRO

El Tomador, El Asegurado o El Beneficiario deben emplear los medios que estén a su alcance para aminorar las consecuencias del siniestro. En este sentido, deberá tomar las medidas necesarias para una mejor y más rápida atención de los Trabajadores o Aprendices afectados, a fin de evitar reclamaciones por secuelas que no hubieren ocurrido de haberse atendido el caso oportunamente. Los gastos que se ocasionen en el cumplimiento de esta obligación, siempre que no sean inoportunos o desproporcionados, a los daños consecuentes que trataron de evitarse, serán por cuenta de El Asegurador, e incluso si tales gastos no han tenido resultados efectivos o

positivos. En ausencia de pacto, se indemnizarán los gastos efectivamente originados, sin que esta indemnización, aunada a la del siniestro, pueda exceder de la suma asegurada.

El incumplimiento de este deber dará derecho a El Asegurador a reducir la indemnización en la proporción correspondiente, teniendo en cuenta la importancia de los daños derivados del mismo y el grado de culpa de El Tomador, El Asegurado o El Beneficiario.

Si en virtud de esta Póliza, a El Asegurador le corresponde sólo indemnizar una parte del daño causado por el siniestro, esta deberá reembolsar la parte proporcional de los gastos ocasionados para aminorar las consecuencias del siniestro, a menos que El Tomador, El Asegurado o El Beneficiario haya actuado siguiendo las instrucciones de El Asegurador y haya demostrado que dichos gastos no eran razonables, en cuyo caso los gastos serán a costa de ésta.

Cláusula 12. INSPECCIONES

El Asegurador 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 o Aprendices realizan sus labores. El Asegurador podrá realizar exámenes médicos a los Trabajadores y Aprendices. Asimismo El Asegurado pondrá a disposición de El Asegurador los libros referentes a los Trabajadores y Aprendices, sueldos, salarios y demás remuneraciones.

Cláusula 13. EN CASO DE QUIEBRA O DE INSOLVENCIA DEL ASEGURADO

En caso de quiebra o de insolvencia de El Asegurado, El Asegurador no dejará de cumplir su obligación de pagar las indemnizaciones estipuladas en esta Póliza, siempre que dichas indemnizaciones hubieren sido causadas por hechos anteriores a la insolvencia o quiebra y durante la vigencia de la póliza.

Cláusula 14. DISPOSICIÓN LEGAL

De acuerdo a lo previsto en la Ley Orgánica del Trabajo, Los Trabajadores y Las Trabajadoras y la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo, el pago de las indemnizaciones por las distintas incapacidades cubiertas por la presente Póliza, deberá estar determinado mediante sentencia definitivamente firme, no derivada de admisión de los hechos, dictada por Jueces competentes, salvo el caso de transacciones o convenimientos que El Asegurado efectúe con la parte afectada, previa opinión y autorización por escrito de El Asegurador**.**

Cláusula 15. OBLIGACIONES DE EL TOMADOR, EL ASEGURADO y EL BENEFICIARIO

1. El Asegurado Y El Tomador deberán llenar la Solicitud de Seguros y declarar con sinceridad todas las circunstancias necesarias hechas por El Asegurador, para apreciar la extensión de los riesgos, en los términos indicados en este contrato.
2. El Asegurado deberá prestar toda la colaboración para facilitar la realización de los trámites necesarios para determinar y calcular la indemnización.
3. El Tomador deberá pagar la prima en la forma, frecuencia y tiempo convenido en la Póliza.
4. El Asegurado o El Beneficiario deberá emplear el cuidado de un diligente padre de familia para prevenir el siniestro.
5. El Asegurado o El Beneficiario deberá tomar las medidas necesarias para conservar las evidencias y pruebas que demuestren el hecho.
6. El Asegurado, El Tomador o El Beneficiario deberá hacer saber por escrito a El Asegurador, el advenimiento de cualquier incidente que afecte su responsabilidad, expresando claramente las causas y circunstancias de lo ocurrido.
7. El Asegurado o El Beneficiario deberá declarar al tiempo de exigir el pago del siniestro, los contratos de seguros que cubren el mismo riesgo.
8. El Asegurado o El Beneficiario deberá probar la ocurrencia del siniestro.
9. El Asegurado o El Beneficiario deberá certificar la exactitud de su reclamación y de cuantos aspectos estén consignados en la misma.
10. El Asegurado, El Tomador o El Beneficiario deberán cumplir con todas y cada una de las obligaciones, responsabilidades y condiciones establecidas en los diferentes documentos que integran la Póliza.
11. El Asegurado, El Tomador o El Beneficiario deberán dar aviso a las Autoridades Competentes una vez ocurrido o conocido el siniestro.

Cláusula 16. AGRAVACIÓN DEL RIESGO

El Tomador o El Asegurado deberá, durante la vigencia del contrato, comunicar a El Asegurador 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 hubiera tenido conocimiento. No obstante, cuando la agravación del riesgo que esté indicada en esta Póliza dependa de un acto de El Tomador, De El Asegurado o de El Beneficiario, deberá notificarla antes de que se produzca, dentro de los cinco (5) días hábiles antes mencionados.

Conocido por El Asegurador 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 que éste ha quedado sin efecto. Notificada la modificación a El Tomador o a El Asegurado 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, sin necesidad de notificación

alguna. En caso de terminación del contrato, El Asegurador devolverá la prima correspondiente al período que falte por transcurrir, calculada a prorrata, siempre que durante la vigencia de que se trate, no hubiere ocurrido algún siniestro, en cuyo caso no procederá devolución de prima.

En el caso de que El Tomador o El Asegurado no haya efectuado la declaración y sobreviene un siniestro, el deber de indemnización de El Asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo, salvo que El Tomador, El Asegurado o El Beneficiario hayan actuado con dolo o culpa grave, en cuyo caso El Asegurador quedara liberada de responsabilidad.

Cuando el contrato se refiera a varias cosas o intereses, y el riesgo se hubiese agravado respecto de uno o algunos de ellos, el contrato subsistirá con todos sus efectos respecto de las restantes, en este caso El Tomador deberá pagar, al primer requerimiento, el exceso de prima eventualmente debida. Caso contrario, el contrato quedará sin efecto solamente con respecto al riesgo agravado.

El Tomador o El Asegurado deberá comunicar conforme a lo indicado en esta Cláusula cualquiera de las siguientes circunstancias que se consideran agravaciones del riesgo:

1. Modificaciones o cambios en las actividades o estructura de las localidades donde desempeñan su labor Los Trabajadores y Aprendices.
2. Cambios en la ubicación del riesgo .
3. La falta de ocupación o suspensión de actividades por un periodo mayor a treinta (30) días consecutivos de las edificaciones donde se ejecuta la actividad que desarrolla El Asegurado o El Tomador como empleador o patrono y en la que desempeñan su labor Los Trabajadores y Aprendices.
4. La adquisición o arrendamiento, manejo, manipulación, depósito de equipos, sustancias, mercancías, materiales o cualquier otro elemento no relacionado con la actividad declarada por El Asegurado y/o El Tomador.
5. Trabajos de demolición o reforma efectuados en las localidades descritas en la Póliza.
6. Nuevos colindantes, incluyendo edificaciones en construcción, existencia de inmuebles desocupados, inutilizados, invadidos, abandonados o en ruinas, terrenos sin edificar y obras en demolición.

Cláusula 17. AGRAVACIONES DEL RIESGO QUE NO AFECTAN EL CONTRATO

La agravación del riesgo no producirá los efectos previstos en la Cláusula anterior en los casos siguientes:

a) Cuando no haya tenido influencia sobre el siniestro ni sobre la extensión de la responsabilidad que incumbe a El Asegurador.
b) Cuando haya tenido lugar para proteger los intereses de El Asegurador, con respecto de la Póliza.

c) Cuando se haya impuesto para cumplir el deber de socorro que le impone la ley.
d) Cuando El Asegurador haya tenido conocimiento por otros medios de la agravación del riesgo, y no haya hecho uso de su derecho de modificar o terminar el contrato en el plazo de quince (15) días continuos.
e) Cuando El Asegurador haya renunciado expresa o tácitamente al derecho de proponer la modificación del contrato o terminarlo unilateralmente por esta causa. Se tendrá por hecha la renuncia a la propuesta de modificación o terminación unilateral si no la lleva a cabo en el plazo señalado en la Cláusula anterior

Cláusula 18. DISMINUCIÓN DEL RIESGO

El Tomador o El Asegurado podrá, durante la vigencia del contrato, poner en conocimiento de El Asegurador 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. El Asegurador 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 19. LÍMITES DE RESPONSABILIDAD

COBERTURAS BÁSICAS Y OPCIONALES

a. El límite máximo de indemnización por Trabajador o Aprendiz se determinará según el tipo de cobertura afectada y de acuerdo al salario normal o integral devengado por el Trabajador o Aprendiz afectado, según sea el caso, en el mes de labores inmediatamente anterior a la fecha de ocurrencia del accidente de trabajo o del diagnóstico de la enfermedad ocupacional, pero en ningún caso esta indemnización excederá del límite de responsabilidad indicado en el Cuadro Póliza Recibo.
b. En caso de presentarse una o más reclamaciones durante el período de vigencia de la Póliza, El Asegurador solo estará obligado a indemnizarlas hasta por el Límite de Responsabilidad mencionado en el Cuadro Póliza Recibo, independientemente del número de trabajadores amparados y del tipo de siniestro reclamado, en consecuencia, la suma asegurada se reducirá proporcionalmente al monto de los siniestros pagados por El Asegurador.
c. Si durante la vigencia del período de la póliza se agota el Límite de Responsabilidad previsto en el cuadro recibo en virtud de la acumulación de los distintos pagos efectuados por reclamaciones ocurridas y reportadas durante el mismo, no podrá hacerse reclamación alguna hasta el siguiente período de vigencia de la póliza, a menos que El Asegurado solicite la restitución de la suma asegurada previo pago de la prima correspondiente.
d. Prescindiendo del número de años que esta Póliza pueda estar en vigor y del número de primas que sean pagaderas o se hayan pagado, el límite de responsabilidad por empleado de El Asegurador según se especifica en el

Cuadro Póliza Recibo para cada accidente laboral o enfermedad ocupacional amparada por las coberturas básicas u opcionales, no tendrán carácter acumulativo de año en año o de un período para otro.

Cláusula 20. TERRITORIALIDAD

Las coberturas otorgadas en esta Póliza sólo tendrán efecto dentro del territorio de la República Bolivariana de Venezuela.

Cláusula 21. RENOVACIÓN

La Póliza se entenderá renovada automáticamente al finalizar el último día 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 estas Condiciones particulares. Queda entendido que la renovación no implica una nueva Póliza, sino la prórroga de la 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 la Póliza, efectuada con un plazo de por lo menos un (1) mes de anticipación al vencimiento del período de vigencia que esté en curso.

Cláusula 22. PLAZO DE GRACIA

El Asegurador concederá un plazo de gracia para el pago de las primas de renovación de treinta (30) días continuos contados a partir de la fecha de terminación de la vigencia anterior, únicamente cuando las primas correspondan a períodos anuales. En el caso de primas para periodos fraccionados o menores a un año el plazo de gracia se reduce a diez (10) días continuos.

Durante el plazo de gracia la Póliza continuará vigente y en caso de ocurrir algún siniestro en ese plazo, El Asegurador 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 correspondiente al año póliza. Si el monto a indemnizar es menor que la prima a descontar, El Tomador deberá pagar, antes de finalizar el plazo de gracia, la diferencia existente entre la prima y dicho monto. No obstante, si El Tomador se negase o no pudiese pagar la diferencia de prima antes de finalizar el plazo de gracia, la Póliza se considerará prorrogada solamente por el período de tiempo que resultare de dividir el monto del siniestro indemnizable entre la prima completa que corresponda al año póliza multiplicado por el número de días que contenga dicho período.

La falta de pago de la Prima en el tiempo establecido en el párrafo anterior, se entenderá como la voluntad de El Tomador de resolver la póliza, quedando la misma sin validez ni efecto alguno a partir de la fecha de terminación de la vigencia anterior.

Cláusula 23. PERITAJE

En caso de desacuerdo en cuanto a la evaluación o liquidación de cualquier indemnización, entre El Asegurado, El Beneficiario o El Tomador y El Asegurador sobre un siniestro, el desacuerdo podrá ser sometido al dictamen de un (1) Perito nombrado de común acuerdo y por escrito por ambas partes. Si no existiera acuerdo en el nombramiento de un (1) solo Perito, se designarán dos (2), uno por cada parte, lo cual se hará en el plazo de un (1) mes a partir de la fecha en que una de ellas hubiere sido requerida por escrito a tales efectos por la otra.

Antes de empezar sus labores, los dos (2) Peritos nombrarán un (1) tercero para casos de discordia. En el caso de que una de las partes se negare a designar o dejare de nombrar un perito en el plazo antes indicado, la otra parte tendrá el derecho de nombrar un amigable componedor. Los dos (2) Peritos y el tercero deben conocer la materia objeto del peritaje.

Los Peritos se manifestarán:

a. Sobre la causa del siniestro, sus circunstancias y el origen de los daños.
b. Sobre el valor de los bienes asegurados en el momento del siniestro.
c. Sobre el cálculo de la reclamación de los bienes dañados separadamente.
d. Sobre el valor del salvamento aprovechable o vendible teniendo en cuenta su utilización para su reparación u otros fines.

Los peritos nombrados deberán presentar su informe final dentro de los treinta (30) días continuos siguientes a su nombramiento. Sin embargo, las partes podrán fijar, de común acuerdo, otro plazo mayor.

El Perito Único, los dos (2) Peritos o el Perito Tercero, según el caso, decidirán en qué proporción las partes han de soportar los gastos relativos al peritaje.

El peritaje al que esta Cláusula se refiere, no significa aceptación del pago de la reclamación por parte de El Asegurador ni del ajuste por parte de El Asegurado, sino simplemente determinará las circunstancias y monto de la pérdida que eventualmente estuviere obligada El Asegurador a resarcir, quedando las partes en libertad de ejercer la acciones y oponer las excepciones correspondientes

El fallecimiento de cualesquiera de los Peritos, que aconteciera en el curso de las operaciones de peritaje, no anulará ni mermará los poderes, derechos o atribuciones del Perito sobreviviente, Asimismo, si el Perito único o el Perito tercero falleciera antes del dictamen final, las partes o los Peritos que le hubieren nombrado según el caso, quedan facultados para sustituirlo por otro.

Cláusula 24. 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 la Actividad Aseguradora 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 motivo de las divergencias que se susciten en la interpretación, aplicación y ejecución de la Póliza. Las partes fijarán el procedimiento a seguir, en 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 25 DEFENSOR DEL ASEGURADO

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

Cláusula 26. DISPOSICIÓN FINAL

El pago de las indemnizaciones por las discapacidades y la muerte del Trabajador, previstas en el artículo 130 de la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo, deberán estar determinadas y ordenadas mediante sentencia definitivamente firme no derivada de admisión de los hechos, y emanada de jueces competentes, salvo el caso de transacciones o acuerdos que El Asegurado efectué con el Trabajador o Aprendiz afectado o sus causahabientes, previa autorización de El Asegurador; en consecuencia, sin el previo consentimiento de El Asegurador, no podrá El Asegurado efectuar pago extrajudicial alguno, ni celebrar acuerdo, transacción o arreglo imputables a las coberturas de la presente Póliza, so pena de perder los derechos que le correspondan de conformidad con este contrato.

EL TOMADOR	**ESTAR SEGUROS, S.A.**

Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Oficio N° FSAA-1-1-000687, de fecha 27/12/2021