



MAPFRE LA SEGURIDAD C.A. DE SEGUROS
Inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el N° 12
RIF N° J-00021410-7

POLIZA DE RESPONSABILIDAD EMPRESARIAL CONDICIONES PARTICULARES FORMANDO PARTE DE LAS CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO DE RESPONSABILIDAD DEL PATRONO

Cláusula 1. Objeto del Seguro. La Empresa de Seguros se compromete a reembolsar al Tomador las cantidades de dinero a que esté obligado a pagar al Trabajador, sus familiares o sus causahabientes, por las Coberturas Contratadas descritas en estas Condiciones Particulares y señaladas en el Cuadro Póliza, hasta por la Suma Asegurada y hasta el Límite máximo de responsabilidad, especificados en el Cuadro Póliza, con motivo de los riesgos de Accidente de Trabajo o Enfermedad Ocupacional que sufra el Trabajador al servicio del Tomador en el curso de la actividad empresarial declarada por éste, derivados de la violación de la normativa legal en materia de seguridad y salud en el trabajo; y declarado responsable por un Tribunal de Primera Instancia del Trabajo y de Estabilidad Laboral.

El Tomador podrá contratar solamente la Cobertura Básica establecida en la “**Cláusula 3**” de estas Condiciones Particulares, o la Cobertura Básica en combinación con cualquiera de las Coberturas Opcionales descritas en estas Condiciones Particulares, mediante Anexo y que se encuentren señaladas en el Cuadro Póliza.

Con la contratación de esta Póliza, la Empresa de Seguros no se constituye en garante del Trabajador, sus familiares o sus causahabientes, por cuanto su obligación es reembolsar al Tomador conforme a la Póliza; por lo que éstos no podrán ejercer ningún tipo de acción judicial directa contra la Empresa de Seguros por el importe de la Suma Asegurada. De igual forma, la Empresa de Seguros con motivo de esta Póliza, no se constituye en garante del Tomador y, en caso de ser demandado por el Trabajador, sus familiares o sus causahabientes, el Tomador no podrá solicitar la intervención de la Empresa de Seguros en el proceso, como garante o tercero interesado en las resultas del mismo.

Cláusula 2. Definiciones. A los efectos de estas Condiciones Particulares se entiende por:

Accidente de Trabajo: Todo suceso que produzca en el Trabajador una lesión funcional o corporal, permanente o temporal, inmediata o posterior, o la muerte, resultante de una acción que pueda ser determinada o sobrevenida en el curso del trabajo, por el hecho o con ocasión del trabajo. Serán igualmente accidentes de trabajo:

1. La lesión interna determinada por un esfuerzo violento o producto de la exposición a agentes físicos, mecánicos, químicos, biológicos, psicosociales, condiciones meteorológicas sobrevenidos en las mismas circunstancias.
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, 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 concurren los requisitos de concordancia cronológica y topográfica exigidos en el numeral anterior.

Altas y Bajas: Ingreso y egreso de Trabajadores en la empresa del Tomador, notificados a la Empresa de Seguros por el Tomador y de ello dependerá la determinación de la prima y alcance de la Cobertura.

Discapacidad Temporal. Contingencia que a consecuencia de un Accidente de Trabajo o Enfermedad Ocupacional, imposibilita al Trabajador por un tiempo determinado.

Discapacidad Parcial Permanente. Contingencia que a consecuencia de un Accidente de Trabajo o Enfermedad Ocupacional, genera en el Trabajador una disminución parcial y definitiva menor del sesenta y siete por ciento (67%) por ciento de su capacidad física o intelectual para su profesión u oficio habitual.

Discapacidad Total Permanente para el Trabajo Habitual: Contingencia que a consecuencia de un Accidente de Trabajo o una Enfermedad Ocupacional, genera en el Trabajador una disminución mayor o igual al sesenta y siete por ciento (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.

Discapacidad Absoluta Permanente para cualquier Tipo de Actividad Laboral: Contingencia que a consecuencia de un Accidente de Trabajo o Enfermedad Ocupacional, genera en el Trabajador una disminución total y definitiva igual o mayor al sesenta y siete por ciento (67%) de su capacidad física, intelectual, o ambas, que lo inhabilita para realizar cualquier tipo de oficio o actividad laboral.

Emergencia: Alteración súbita de la salud, por Accidentes de Trabajo o Enfermedad Ocupacional, que amerite atención médica inmediata y que de no hacerse, compromete la vida, la función o la integridad corporal del Trabajador.

Enfermedad Ocupacional: Estados patológicos contraídos o agravados con ocasión del trabajo o exposición al medio en el que el Trabajador 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, y las que en lo sucesivo se añadieren en revisiones periódicas realizadas por el Ministerio con competencia en materia de seguridad y salud en el trabajo conjuntamente con el Ministerio con competencia en materia de salud.

Gran Discapacidad: Contingencia que a consecuencia de un Accidente de Trabajo o Enfermedad Ocupacional obliga al Trabajador a auxiliarse de otras personas para realizar los actos elementales de la vida diaria.

Hospital o Clínica: Institución facultativa legalmente constituida, ya sea pública o privada, destinada a la prestación de servicios de salud. No incluye centros exclusivos para: descanso, curas de reposo, cuidados de custodia, convalecencia, rehabilitación, ni hidroclínicas, «spas», sanatorios, instituciones geriátricas; atenciones a largo plazo, para el tratamiento del alcoholismo, drogadicción, condiciones nerviosas o mentales.

Médico Tratante: Profesional facultativo legalmente autorizado para el ejercicio de la medicina en el país, cuya especialidad médica esté directamente relacionada con el diagnóstico o tratamiento efectuado al Trabajador.

Muerte: Contingencia que a consecuencia de un Accidente de Trabajo o Enfermedad Ocupacional, produce el fallecimiento del Trabajador.

Tratamiento Médico Experimental o Investigativo: Acto, procedimiento, suministro, tecnología o medicamento para el tratamiento de Enfermedades, que no ha sido ampliamente aceptado por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la comunidad médica Internacional, o se encuentra bajo estudio, investigación, período de prueba, o en cualquiera fase de un experimento clínico.

Cláusula 3. Cobertura Básica. Las Sumas Aseguradas máximas amparadas por la Cobertura Básica, son equivalentes a aquellas establecidas en el **Artículo 130 de la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo** y hasta el Límite de Responsabilidad establecido en el Cuadro Póliza; como consecuencia de un Accidente de Trabajo o Enfermedad Ocupacional, ocurrido al Trabajador durante la vigencia de la Póliza y estando de Alta en la empresa del Tomador para el momento de la ocurrencia del Accidente de Trabajo o Enfermedad Ocupacional. La Cobertura Básica comprende:

1. **Discapacidad Temporal:** El doble del salario correspondiente a los días de reposo.
2. **Discapacidad Parcial Permanente,** hasta el veinticinco por ciento (25%) de su capacidad física o intelectual para la profesión u oficio habitual; el equivalente al salario correspondiente a no menos de (1) año ni más de (4) años, contados por días continuos.
3. **Discapacidad Parcial Permanente,** mayor del veinticinco por ciento (25%) de su capacidad física o intelectual para la profesión u oficio habitual; el equivalente al salario correspondiente a no menos de (2) años ni más de (5) años, contados por días continuos.
4. **Discapacidad Total Permanente para el Trabajo Habitual;** el equivalente al salario correspondiente a no menos de (3) años ni más de (6) años, contados por días continuos.
5. **Discapacidad Absoluta Permanente para cualquier tipo de actividad laboral;** el equivalente al salario correspondiente a no menos de (4) años ni más de (7) años, contados por días continuos.
6. **Muerte del Trabajador;** el equivalente al salario correspondiente no menos de (5) años ni más de (8) años, contados por días continuos.
7. **Gran Discapacidad** asociada a la **Discapacidad Absoluta y Permanente;** el equiparable al indemnizado por la muerte del Trabajador.
8. **Gran Discapacidad** asociada a la **Discapacidad Temporal;** el equiparable al triple del salario correspondiente a los días que hubiera durado la discapacidad.
9. **Secuelas o Deformaciones Permanentes,** que hallan vulnerado la facultad humana del Trabajador, más allá de la simple pérdida de su capacidad de ganancias, en las condiciones y circunstancias contempladas en el artículo 71 de Ley Orgánica de Prevención y Medio Ambiente del Trabajo vigente, hasta un máximo del equivalente al salario correspondiente a cinco (5) años, contados por días continuos.

En ningún caso la Empresa de Seguros quedará obligada a reembolsar al Tomador, más de una de las Coberturas que integran la Cobertura Básica, las cuales se consideran mutuamente excluyentes. La Empresa de Seguros quedará liberada de responsabilidad, reembolsando al Tomador la mayor de las calificaciones emanadas del Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laboral; y solamente hasta un (1) año posterior a la calificación inicial emitida por dicho Organismo.

Cuando la Empresa de Seguros hubiere reembolsado al Tomador con base a la calificación de una determinada Discapacidad emanada del Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laboral, y posteriormente se produzca agravamiento de las lesiones al Trabajador producidas por el mismo Accidente de Trabajo o Enfermedad Ocupacional, dando lugar a una nueva calificación que establezca una Discapacidad mayor a la anteriormente determinada; la Empresa de Seguros reembolsará al Tomador solamente la diferencia que pueda existir entre la Discapacidad menor calificada previamente y la Discapacidad mayor por la calificación posterior; y solamente hasta un (1) año contados a partir de la calificación inicial, que determinó una disparidad menor.

Con motivo de la Cobertura antes señalada, el Tomador autoriza a la Empresa de Seguros a solicitar del Médico Tratante del Trabajador, las informaciones que le solicite con relación al estado de salud o condición física del Trabajador, al acto, tratamiento, servicios o suministros médicos ordenados y proporcionados. La Empresa de Seguros se reserva el derecho de hacer examinar al Trabajador por un médico designado por ella, cuando lo estimare conveniente.

Cláusula 4. Exclusiones. En adición a lo establecido en la **“CLÁUSULA 3. EXCLUSIONES”** de las Condiciones Generales de la Póliza de Responsabilidad del Patrono, la Póliza de Responsabilidad Empresarial no cubre Accidente de Trabajo o Enfermedad Ocupacional ocurrido al Trabajador a consecuencia de, o los gastos relacionados con:

1. **Enfermedad epidémica o endémica.**
2. **Suicidio o tentativa de suicidio, ya sea en estado de cordura o no. Lesiones intencionalmente infligidos por el Trabajador o por terceros con su consentimiento.**
3. **Hernias, eventraciones, patología de discos intervertebrales, excepto aquellas derivadas de Accidentes de Trabajo.**
4. **Anillos amplios y crepitaciones umbilicales.**
5. **Enfermedad mental o proceso mental de origen orgánico y/o funcional, y sus consecuencias, cura de reposo, tratamiento de trastornos funcionales de la conducta, tales como: neurosis, depresión, angustia, fobias, ansiedad, psicosis y otros similares, demencia senil con o sin hospitalización o en residencia geriátrica, deterioro cerebral; que no sea a consecuencia de un Accidente de Trabajo o Enfermedad Ocupacional.**
6. **Terapias recreacionales.**
7. **Tratamiento Médico Experimental o Investigativo.**

Cláusula 5. Exoneración de Responsabilidad. En adición a lo establecido en la **“CLÁUSULA 4. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD”** de las Condiciones Generales de la Póliza de Responsabilidad del Patrono, la Empresa de Seguros quedará relevada de indemnizar al Tomador, en los siguientes casos:

1. **Participación del Trabajador en riñas o duelos, actos delictivos, enfrentamiento con la autoridad policial o para evitar su detención.**
2. **Cuando el Accidente de Trabajo sea debido a fuerza mayor extraña al trabajo, si no se comprobare la existencia de un riesgo laboral.**
3. **Cuando se trate de personas que ejecutan trabajos ocasionales ajenos a la empresa del Tomador.**

4. Cuando se trate de personas que ejecuten trabajos por cuenta del Tomador en su domicilio particular.
5. Cuando se trate de miembros de la familia del Tomador que trabajen exclusivamente por cuenta de éste y que viven bajo su mismo techo.
6. Si el Trabajador se negare a someterse a las disposiciones, regímenes y tratamientos que indique el Médico Tratante.
7. Cuando el Trabajador no de cumplimiento a las disposiciones de Higiene y Seguridad Industrial establecidas por el Tomador con base a la Ley. Remueva, retire o destruya las protecciones o advertencias colocadas por el Tomador.
8. Reclamaciones, después que el Trabajador haya cesado su relación laboral con el Tomador, sin que el Tomador haya cumplido el requisito previo del examen médico de egreso que entre otros, contemple declaración expresa sobre hernias, o dicho informe no se hubiese remitido a la Empresa de Seguros, dentro del plazo señalado en la “Cláusula 7. Obligaciones y Cargas del Tomador, numeral 4”.
9. Accidente de Trabajo ocurrido o Enfermedad Ocupacional diagnosticada antes de la fecha de inclusión del Trabajador en la Póliza.
10. Cuando la condenatoria judicial esté fundada en confesión ficta del Tomador o cualquier otra contumacia, rebeldía o abandono del ejercicio de derechos o recurso ordinario o extraordinario en el procedimiento judicial.
11. Responsabilidad asumida por el Tomador con el Trabajador, sus familiares o sus causahabientes por acuerdo o contrato, sin la previa conformidad por escrito de la Empresa de Seguros.
12. Si el Tomador no notifica el siniestro o no entregare los documentos requeridos por la Empresa de Seguros dentro de los plazos señalados en la “Cláusula 8. Procedimiento en caso de siniestro” establecidas en estas Condiciones Particulares, a menos que compruebe que la misma dejó de realizarse por una causa extraña no imputable al Tomador.

Cláusula 6. Prima Provisional o en Depósito. Ajuste de Prima para el período de renovación de la Póliza. Adicional a lo establecido en la “**CLÁUSULA 6. PRIMAS**” de las Condiciones Generales de la Póliza de Responsabilidad del Patrono, el Tomador deberá declarar a la Empresa de Seguros el monto estimado de sueldos y salarios y demás remuneraciones para cada período de vigencia de la Póliza y Cobertura Contratada, y la Empresa de Seguros determinará una Prima Provisional o en Depósito. Al finalizar cada uno de los períodos de la Póliza, se efectuarán los ajustes correspondientes a la nómina real, cobrando o devolviendo la diferencia existente.

Para el cálculo de la prima que deba pagar el Tomador y el alcance de la Cobertura, serán incluidos aquellos Trabajadores que figuren en la nómina del Tomador correspondiente a cada período de vigencia de la Póliza, y que, habiéndose practicado el examen médico de ingreso, éste haya resultado satisfactorio. La Empresa de Seguros se reserva el derecho de aceptar la inclusión del Trabajador cuyo examen médico de ingreso, a su juicio, no resulte satisfactorio. La negativa de aceptación será notificada por la Empresa de Seguros al Tomador, en un lapso de diez (10) días hábiles contados a partir de la recepción del examen médico de ingreso.

La prima provisional o en depósito, será el resultado de aplicarle al monto estimado de sueldos y salarios pagados por el Tomador, la tasa indicada en el Cuadro Póliza.

Si para el momento de la renovación de la Póliza, el Tomador no ha declarado el monto real de la nómina, a los efectos del cálculo de la prima para el período de renovación de la Póliza, la Empresa de Seguros incrementará el monto de la última nómina que conste en su poder, en un porcentaje equivalente al incremento del salario mínimo declarado por las autoridades competentes; quedando el monto resultante como la Prima Provisional o Depósito para el nuevo período de renovación de la Póliza.

Cláusula 7. Obligaciones y Cargas del Tomador. En adición a las obligaciones y cargas establecidas en la “**CLÁUSULA 13**” de las Condiciones Generales de la Póliza de Responsabilidad del Patrono, en estas Condiciones Particulares y Anexos, el Tomador deberá:

1. Dentro de los cinco (5) primeros días hábiles de cada mes, suministrar a la Empresa de Seguros, la nómina indicativa de las remuneraciones recibidas por cada Trabajador, durante el mes anterior, y Listado de Altas y Bajas de los mismos.
2. Dentro de los quince (15) días continuos siguientes a la terminación de cada período de vigencia de la Póliza, suministrar a la Empresa de Seguros la nómina real de sus Trabajadores, y de los salarios, sueldos o remuneraciones pagadas durante el período anterior.
3. Dentro de los quince (15) días continuos siguientes a la contratación de cada Trabajador, suministrar a la Empresa de Seguros exámenes de ingreso del Trabajador que entre otros, contemple declaración expresa sobre hernias.
4. Dentro de los quince (15) días hábiles siguientes al egreso de cada Trabajador, remitir a la Empresa de Seguros examen médico de egreso que entre otros, contemple declaración expresa sobre hernias.
5. Dentro de los quince (15) días hábiles siguientes, notificar la reinserción laboral del Trabajador, luego de una Discapacidad Temporal.
6. Permitir a la Empresa de Seguros, el acceso y revisión de los lugares o locales donde el Trabajador efectúe sus labores, y de los registros de los Trabajadores, referente a sueldos, salarios o remuneraciones devengadas.

Cláusula 8. Procedimiento en caso de siniestro. El Tomador deberá dar aviso inmediato por escrito a la Empresa de Seguros y a más tardar dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes de haber conocido la ocurrencia del siniestro, o de toda demanda, procedimiento administrativo o diligencia de que tuviere noticia, y que pudieran producir reclamo bajo cualquiera de las Coberturas de esta Póliza. Deberá consignar conjuntamente con el aviso del siniestro, o a más tardar dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a dicho aviso:

- a. Nombres y apellidos, cédula de identidad, edad, profesión u ocupación y último salario del Trabajador afectado.
- b. Detalle amplio de las circunstancias, lugar y actividades en las cuales se produjo el Accidente de Trabajo o Enfermedad Ocupacional.
- c. El último recibo de pago de nómina de dicho Trabajador.
- d. Evidencia de inscripción del Trabajador en el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales.
- e. Copia de la notificación al Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laboral, de acuerdo a la obligación que le impone la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo.
- f. Informe del resultado de la investigación por parte del Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laboral, con motivo del Accidente o la Enfermedad Ocupacional.

Adicionalmente, en caso de fallecimiento del Trabajador por Accidente de Trabajo o por una Enfermedad Ocupacional, dentro de los noventa (90) días continuos siguientes a la notificación del siniestro:

1. Original del Acta de defunción.
2. Copia de la cédula de identidad.
3. Original de la Certificación médica.
4. Original del Protocolo de Autopsia, en caso de haberse efectuado dicho procedimiento.
5. Informe de las autoridades competentes que tuvieron conocimiento del hecho, si fuere el caso.
6. Cualquier actuación administrativa o policial que se hubiere instruido como consecuencia del fallecimiento.

La Empresa de Seguros podrá solicitar cualquier otra información que considere inherente al siniestro o reclamo. Dicha solicitud se efectuará dentro de los treinta (30) días continuos siguientes a la fecha en que el Tomador haya entregado el último de los recaudos mencionados en los párrafos anteriores, quedando éste comprometido a suministrar dicha información en los treinta (30) días continuos siguientes a la fecha de su solicitud.

En caso de duda en cuanto a la determinación de la fecha de ocurrencia del siniestro que da origen a una cualesquiera de las Discapacidades, la fecha de referencia para efectos de esta Póliza será la del día en que el Trabajador acudió a un servicio de asistencia médica con signos o síntomas, que de conformidad con el informe del médico tratante, validado por el Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales, o en la institución pública en la cual éste delegare, o la certificación del origen ocupacional del Accidente o de la Enfermedad por parte de la unidad técnico administrativa del citado Instituto; estén relacionados íntimamente con Accidente de Trabajo o Enfermedad Ocupacional.

Cláusula 9. Pago de la indemnización y rechazo del Siniestro. Las indemnizaciones a que hubiere lugar serán efectuadas por la Empresa de Seguros al Tomador, hasta por el límite de la Suma Asegurada establecida en el Cuadro Póliza, en un plazo de treinta (30) días hábiles siguientes, contados a partir de la fecha en que el Tomador haya dado cumplimiento a la sentencia definitivamente firme dictada por Jueces de Primera Instancia del Trabajo y de Estabilidad Laboral y entregada copia certificada de la misma a la Empresa de Seguros, que declare al Tomador responsable del Accidente de Trabajo o Enfermedad Ocupacional del Trabajador, por violación de la normativa legal en materia de seguridad y salud en el trabajo. En consecuencia la Empresa de Seguros estará obligada a hacer efectivo el reembolso antes de que venza el respectivo plazo. Igualmente tendrá la obligación de notificar por escrito al Tomador en el plazo antes señalado, de las razones de hecho y de derecho que a juicio de la Empresa de Seguros justifican el rechazo total o parcial del reembolso conforme a la Póliza.

La aceptación del Tomador de responsabilidad por Accidente de Trabajo o Enfermedad Ocupacional, no obliga a la Empresa de Seguros, a menos que la indemnización reconocida y su monto estén amparados en esta Póliza, se hayan cumplido los requisitos exigidos por la misma, y de acuerdo con lo previsto en la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo, el pago de las indemnizaciones por los distintos eventos contempladas en la misma, y cubiertas por la presente Póliza, sean determinado por Jueces de Primera Instancia del Trabajo y de Estabilidad Laboral.

Para que procedan las indemnizaciones por las Coberturas amparadas por la Póliza, deben presentarse en forma concurrente las siguientes condiciones:

- i) El Accidente de Trabajo o Enfermedad Ocupacional debe haber ocurrido dentro de la vigencia de la Póliza de seguros;

- ii) El Tomador debe realizar su declaración formal ante el Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales dentro del lapso previsto en la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo;
- iii) El Tomador deberá dar notificación del siniestro a la Empresa de Seguros en conformidad con las estipulaciones contenidas en la “**Cláusula 8. Procedimiento en caso de siniestro**” de estas Condiciones Particulares;
- iv) La acción judicial del Trabajador o sus causahabientes contra el Tomador, se interponga durante el tiempo en que la Póliza de seguros permanezca en vigor y hasta un plazo no mayor de un (1) año luego de la terminación de la misma. A efectos de esta condición, se entenderá como “el tiempo en que la Póliza permanezca en vigor”, la suma de los diferentes períodos de vigencia de la Póliza, de manera ininterrumpida, en la Empresa de Seguros;
- v) Las indemnizaciones a que esté obligado a pagar el Tomador, deberán ser determinadas por Jueces de Primera Instancia del Trabajo y de Estabilidad Laboral

Cláusula 10. Caducidad. El Tomador perderá todo derecho a ejercer acción judicial contra la Empresa de Seguros, sino lo hubiere hecho antes de transcurrir el plazo que se señala a continuación:

1. En caso de rechazo del siniestro, doce (12) meses contados a partir de la fecha de notificación del rechazo.
2. En caso de inconformidad con el reembolso, doce (12) meses contados a partir de la fecha en que la Empresa de Seguro hubiere efectuado el pago.

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

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

Cláusula 11. Prescripción. Las acciones derivadas de esta Póliza prescriben para el Tomador a los tres (3) años contados a partir de la ocurrencia del Accidente de Trabajo o del diagnóstico de la Enfermedad Ocupacional del Trabajador.

Cláusula 12. Arbitraje por la Superintendencia de Seguros. 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, deberá actuar directamente o a través de los funcionarios que designe, como **árbitro arbitrador**, en aquellos casos en que sea designado de mutuo acuerdo entre el Tomador y la Empresa de Seguros. Las decisiones del Superintendente de Seguros, deberán ser adoptadas en un plazo que no exceda de treinta (30) días hábiles, una vez finalizada la actuación de las partes.

El laudo arbitral será de obligatorio cumplimiento.

Cláusula 13. Límite de Responsabilidad de la Empresa de Seguros. La Empresa de Seguros podrá fijar un Límite de Responsabilidad por Trabajador, el cual será el monto máximo que indemnizará por Trabajador y por siniestro, independientemente del número de Coberturas que resulten afectadas por el mismo (“Límite por Trabajador”).

Igualmente, la Empresa de Seguros podrá fijar un Límite de Responsabilidad por dos (2) o más Trabajadores, el cual será el monto máximo a indemnizar si en un siniestro se vieran involucrados dos (2) o más Trabajadores, independientemente del número de Coberturas que resulten afectadas por el mismo (“Límite por dos (2) o más trabajadores”).

Los límites máximos de responsabilidad de la Empresa de Seguros, constarán en el Cuadro Póliza.

Cláusula 14. COBERTURA OPCIONAL DEL TOMADOR POR NEGLIGENCIA. En adición a la Cobertura Básica y en consideración al pago de la prima correspondiente, previa la aplicación del Deducible si lo hubiere, la Empresa de Seguros reembolsará al Tomador, hasta por la Suma Asegurada para esta Cobertura y hasta el Límite de Responsabilidad establecidos en el Cuadro Póliza, cuando fuere declarado responsable por un Tribunal de Primera Instancia del Trabajo y de Estabilidad Laboral, con motivo de un Accidente de Trabajo o Enfermedad Ocupacional que sufra el Trabajador al servicio del Tomador en el curso de la actividad empresarial declarada por éste, derivados de la violación de la normativa legal en materia de seguridad y salud en el trabajo.

Esta Cobertura, salvo lo dispuesto en contrario en su texto, se regirá para todos sus efectos por las Condiciones Generales de la Póliza de Responsabilidad del Patrono y por estas Condiciones Particulares.

Cláusula 15. COBERTURA OPCIONAL DE GASTOS MÉDICOS. En consideración al pago de la prima correspondiente, previa la aplicación del Deducible si lo hubiere, la Empresa de Seguros reembolsará al Tomador, hasta por la Suma Asegurada para esta Cobertura y hasta el Límite de Responsabilidad establecidos en el Cuadro Póliza, por los Gastos **Medicamente Necesarios** en que haya incurrido, para la atención del Trabajador por Accidente de Trabajo o Enfermedad Ocupacional; como consecuencia de la violación a la normativa legal en materia de seguridad y salud en el trabajo.

A los efectos de esta Cobertura, se entiende por **Medicamente Necesario**, el acto, tratamiento, servicios o suministros médicos ordenados y proporcionados por Hospitales, Clínicas, Médicos Tratantes o Proveedores autorizados que cumplan con los siguientes parámetros:

1. Apropiado y esencial para el diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad, Accidente o proceso médico tratado, por los riesgos que implica para el Trabajador.
2. Cónsonos con las normas médicas y farmacológicas aceptadas por la Federación Médica Venezolana y la Administración Federal de Drogas (FDA) de los Estados Unidos de Norteamérica.
3. Conveniente de acuerdo al estado de salud del Asegurado
4. Reconocido por la Federación Médica Venezolana, o por Organizaciones Médicas de referencia internacional
5. Que no sea de naturaleza experimental o investigativa.

No se considerará Medicamente Necesario, el acto, tratamiento, servicio o suministro médico ordenado y proporcionado, cuando se den las siguientes circunstancias:

- a. Cuando el Trabajador fuere internado, aún cuando pudo haberse realizado de manera ambulatoria o fuera del Hospital o Clínica.

b. Días de hospitalización no justificados o innecesarios.

La necesidad médica será evaluada por la Empresa de Seguros, basándose en los anteriores parámetros y en los documentos que sustentan el siniestro, aportados por el Tomador, o recabados por la Empresa de Seguros, independientemente que el tratamiento, servicio o suministro haya sido prescrito, recomendado, aprobado o suministrado por un Médico Tratante.

Con motivo de la Cobertura antes señalada, el Tomador autoriza a la Empresa de Seguros a solicitar del Médico Tratante del Trabajador, las informaciones que le solicite con relación al estado de salud o condición física del Trabajador, al acto, tratamiento, servicios o suministros médicos ordenados y proporcionados. La Empresa de Seguros se reserva el derecho de hacer examinar al Trabajador por un médico designado por ella, cuando lo estimare conveniente

En adición a lo establecido en la “CLÁUSULA 3. EXCLUSIONES” de las Condiciones Generales de la Póliza de Responsabilidad del Patrono, y la “CLÁUSULA 4. EXCLUSIONES” de estas condiciones particulares, la Empresa de Seguros quedará relevada de indemnizar:

- 1. Gastos originados por personal médico al servicio del Tomador.**
- 2. Acto, tratamiento, servicios o suministros médicos ordenados y proporcionados por Hospitales, Clínicas, Médicos Tratantes o Proveedores, que no califican como Medicamento Necesarios, conforme a dicha Cobertura.**

Esta Cobertura, salvo lo dispuesto en contrario en su texto, se regirá para todos sus efectos por las Condiciones Generales de la Póliza de Responsabilidad del Patrono y por estas Condiciones Particulares.

Cláusula 16. COBERTURA OPCIONAL DE ASISTENCIA LEGAL Y DEFENSA PENAL: En consideración al pago de la prima correspondiente, en los términos previstos en esta Cobertura, la Empresa de Seguros proveerá la Asistencia Jurídica y Defensa Judicial al Tomador, en los términos y condiciones que se establecen en esta Cobertura.

1. Definiciones. A los efectos de esta Cobertura se entiende por:

Abogado: Profesional del Derecho designado por la Empresa de Seguros al Tomador para la Defensa Judicial de éste, cuyos honorarios y gastos serán por cuenta de la Empresa de Seguros, siempre que no exista conflicto de intereses por parte de la Empresa de Seguros y el Abogado, frente al Tomador. El Abogado es un profesional independiente y la prestación de sus servicios no genera responsabilidad por parte de la Empresa de Seguros frente al Tomador.

Asistencia Jurídica: Asesoramiento legal brindado por la Empresa de Seguros, que requiera el Tomador, con motivo de un Accidente de Trabajo o Enfermedad Ocupacional.

2. Alcance de la Cobertura. Siempre que no se trate de hechos o actos excluidos o que exoneran de responsabilidad a la Empresa de Seguros, previstos en las Condiciones Generales de la Póliza de Responsabilidad del Patrono y en estas Condiciones Particulares, la Cobertura comprende:

- a. Asistencia Jurídica por Accidente de Trabajo o Enfermedad Ocupacional.
- b. Defensa Judicial del Tomador por el Abogado, en los procesos judiciales que se sigan en su contra, por Accidente de Trabajo o Enfermedad Ocupacional. Comprende honorarios, gastos y costos judiciales.

3. Límites máximo de responsabilidad de la Empresa de Seguros: Hasta por la Suma Asegurada para esta Cobertura y hasta el Límite de Responsabilidad establecidos en el Cuadro Póliza.

4. Exoneración de Responsabilidad. En adición a lo establecido en la “**CLÁUSULA 4. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD**” establecidas en las Condiciones Generales de la Póliza de Responsabilidad del Patrono, y en la “**CLÁUSULA 5. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD**” de estas Condiciones Particulares, la Empresa de Seguros quedará relevada de indemnizar, en los siguientes casos:

a. Cuando el Tomador designe un Abogado, sin acogerse al procedimiento establecido en el numeral 6 “**Procedimiento para la Designación de Abogado**” de la presente Cobertura.

5. Procedimiento en caso de siniestro. En adición al procedimiento previsto en la “**Cláusula 8. Procedimiento en caso de siniestro**” de estas Condiciones Particulares, el Tomador deberán dar aviso a la Empresa de Seguros de cualquier notificación, comunicaciones o citaciones que reciba sobre reclamaciones judiciales o extrajudiciales, y toda aquella relacionada con los procesos judiciales o administrativos, dentro de los diez (10) días continuos siguientes en que tenga conocimiento de tales hechos.

6. Procedimiento para la designación del Abogado:

a. Si el Tomador acepta la designación del Abogado por parte de la Empresa de Seguros, el Abogado asumirá la Defensa Judicial en nombre y representación del Tomador, y a tal efecto, el Tomador otorgará al Abogado el poder de representación necesario.

b. Cuando el Abogado asignado por la Empresa de Seguros no fuese aceptado, el Tomador deberá escoger al profesional del derecho que asumirá su defensa, de una terna de Abogados presentada por la Empresa de Seguros.

c. En caso de existir conflicto de intereses frente al Tomador, por parte de la Empresa de Seguros o el Abogado, el Tomador tendrá libertad para escoger un profesional del derecho de su preferencia, y la Empresa de Seguros sufragará sólo los Honorarios de dicho profesional, con base a los Baremos de Honorarios Profesionales para Abogados, existentes en la Empresa de Seguros.

7. Esta Cobertura, salvo lo dispuesto en contrario en su texto, se regirá para todos sus efectos por las Condiciones Generales de la Póliza de Responsabilidad del Patrono y por estas Condiciones Particulares.

Cláusula 17. Estas Condiciones Particulares, salvo lo dispuesto en contrario en su texto, se regirán para todos sus efectos por las Condiciones Generales de la Póliza de Responsabilidad del Patrono.

Aprobado por la Superintendencia de Seguros, según Oficio N° 00005487 de fecha 30 de Mayo de 2007.

El Tomador

La Empresa de Seguros