

## CONDICIONADO - PÓLIZA DE SEGUROS PIRÁMIDE LABORAL



PATRIMONIALES

Entre la sociedad mercantil **SEGUROS PIRÁMIDE C.A.**, domiciliada en Caracas, inicialmente inscrita ante el Registro Mercantil Primero de la Circunscripción Judicial del Distrito Capital y Estado Miranda, bajo el N° 21, Tomo 115-A., en fecha 18 de noviembre de 1975, posteriormente registrada bajo la misma nomenclatura ante el Registro Mercantil Quinto de la Circunscripción Judicial del Distrito Capital y Estado Miranda, cuya última modificación estatutaria consta en Acta de Asamblea General Extraordinaria de Accionistas celebrada en fecha 24 de mayo de 2011, inscrita ante el Registro Mercantil Quinto antes señalado, en fecha 25 de septiembre de 2013, bajo el N° 30, Tomo 147-A, cuyo Registro de Información Fiscal (RIF) es el N° J-00106474-5, debidamente autorizada para operar por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, bajo el N° 80, que en lo adelante se denominara **EL ASEGURADOR**, representada por el ciudadano **ALEJANDRO CARIBAS**, venezolano, mayor de edad, de este domicilio y titular de la cédula de identidad **N° V-2.123.060**, procediendo en mi carácter de **Presidente** de la sociedad mercantil **SEGUROS PIRÁMIDE C.A.**, carácter que consta en Acta de Asamblea General Extraordinaria de Accionistas celebrada el 14 de enero de 2022 y registrada ante la citada Oficina de Registro Mercantil Quinto del Distrito Capital el 06 de mayo de 2022, bajo el N° 8, Tomo 251-A, facultado para este acto mediante Acta de Reunión Ordinaria de Junta Directiva N° 1315, celebrada en fecha 12 de abril de 2022, autenticada ante la Notaría Pública Décima Séptima de Caracas, del Municipio Libertador, en fecha 01 de junio de 2022, bajo el N° 4, Tomo 17, y por la otra **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 bienes o 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 contratadas, básicas y opcionales, distinguiendo para cada cobertura: la Suma Asegurada, el Deducible, si lo hubiere, y el monto de la Prima; lugar y forma de pago de la Prima; 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 períodos 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 bienes o intereses que se pretendan asegurar y demás datos que puedan influir en la estimación del riesgo, que deben ser contestadas en su totalidad y con exactitud por el Tomador o el Propuesto Asegurado, constituyendo dicha declaración la base legal para la emisión del Contrato de Seguro.  

Adicionalmente, deberá contener el detalle de las coberturas que se pretenden contratar, distinguiendo las coberturas básicas de las opcionales, señalando expresamente que estas últimas no serán de obligatoria suscripción por parte del Tomador o del Propuesto Asegurado.
11. **SUMA ASEGURADA:** Límite máximo de responsabilidad del Asegurador.
12. **TOMADOR:** Persona Natural o Jurídica que obrando por cuenta propia o ajena, contrata el seguro con el Asegurador, trasladándole los riesgos y obligándose al pago de la Prima.

### **CLÁUSULA 3.- EXCLUSIONES GENERALES**

---

Esta póliza no cubre:

1. Pérdidas, gastos, daños o responsabilidades que sean consecuencia o que se den en el curso de: guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas (haya habido declaración de guerra o no), insubordinación militar, levantamiento militar, insurrección, rebelión, revolución, guerra civil, guerra intestina, poder militar o usurpación de poder, proclamación del estado de excepción, acto de terrorismo o acto de cualquier persona que actúe en nombre de o en relación con alguna organización que realice actividades dirigidas a la destitución por la fuerza del gobierno o influenciarlo mediante el terrorismo o la violencia.
2. Pérdidas, gastos, daños o responsabilidades que sean consecuencia de: fisión o fusión nuclear, radiaciones ionizantes y contaminantes radioactivos.
3. Pérdidas, gastos, daños o responsabilidades que sean consecuencia de: nacionalización, confiscación, incautación, requisa, comiso, embargo, expropiación, destrucción o daño por orden de cualquier gobierno o autoridad pública legalmente constituida o de facto, a menos que dicha destrucción sea ejecutada para detener la propagación de los daños causados por cualquier riesgo asegurado.
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 Beneficiario 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 esté 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 lo 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 8.- DECLARACIONES DE 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 éstos, actuando con dolo o culpa grave, obstaculiza los derechos del Asegurador estipulados en este Contrato.
10. Otras exoneraciones de responsabilidad que se establezcan en las Condiciones Particulares de este Contrato.

## **CLÁUSULA 5.- 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 terminarán a la misma hora del día de su vencimiento.

## **CLÁUSULA 6.- PAGO DE LA PRIMA**

---

El Tomador debe pagar la primera Prima en el plazo de diez (10) días continuos contados a partir de la fecha de inicio de la 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 pagará la indemnización, siempre que el Tomador pague antes de su vencimiento la Prima correspondiente.

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

Si el pago de la Prima es fraccionado, se entiende que tal fraccionamiento es una facilidad de pago y no implica modificación del período de 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 período 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 período 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, esta tendrá efecto desde la fecha de finalización del período cubierto por la última fracción de Prima pagada, siempre que el Asegurador lo haya notificado previamente al Tomador o al Asegurado.

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 hiciera, 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, deben declarar con exactitud al Asegurador, de acuerdo con el cuestionario y demás requerimientos que le indique, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

El Asegurador, 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, ésta se producirá a partir del décimo sexto (16°) día continuo siguiente a su notificación, siempre que la parte proporcional de la prima, deducida la comisión pagada al intermediario de la actividad aseguradora, correspondiente al período que falte por transcurrir, se encuentre a disposición del Tomador en la caja del Asegurador. Corresponderán al Asegurador, las primas relativas al período de seguro transcurrido, 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 actúan con dolo o culpa grave, el Asegurador quedará liberado del pago de la indemnización y de la devolución de la prima.

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

## **CLÁUSULA 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, será causa de nulidad absoluta del contrato y exonera 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 éste, 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 pérdidas, 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 ésta, 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 éstas 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 lo que éste pueda razonablemente requerir, con el objeto de permitir que ejerza los derechos que le correspondan por subrogación, sean antes o después del pago.

Si el Asegurado o el Beneficiario incumplieren lo establecido en esta cláusula, perderá el derecho al pago que le otorga este Contrato, o estará obligado a reintegrar el monto de la indemnización, si ésta 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 período 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 aquél. 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 podrán solicitar a cada Asegurador, en el orden que él establezca, la indemnización debida, según el respectivo contrato. El Asegurador que ha pagado una cantidad superior a la que proporcionalmente le corresponda, podrá repetir contra el resto de ellos.

En caso de contrataciones de buena fe de una pluralidad de seguros, 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.

### **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 perderán todo derecho a ejercer acción judicial contra el Asegurador o convenir con éste a someterse al Arbitraje previsto en la cláusula anterior, si no lo hubiere hecho antes de transcurrir el plazo de un (1) año contado a partir de la fecha de la notificación, por escrito:

1. Del rechazo, total o parcial, del siniestro.
2. De la decisión del Asegurador sobre la inconformidad del Tomador, 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 bien o 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 también los ajustes de daños, según sea el caso.
3. El Tomador deberá pagar la prima en la forma, frecuencia y tiempo convenido en este Contrato.
4. El Asegurado 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 salvaguardar el interés asegurado o para conservar sus restos.
6. 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 lo ocurrido.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. El Tomador o el Asegurado, en caso de cambio de dirección de cobro, domicilio, habitación u oficina, según sea el caso, debe notificar por escrito al Asegurador dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha de haber efectuado el cambio, a menos que esta obligación sea considerada una agravación de riesgo, en cuyo caso se aplicará el plazo previsto para ello.
11. El 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 éste le formule.
2. Entregar el Cuadro Póliza Recibo al Tomador junto con copia de la Solicitud de Seguro, las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, los anexos, si los hubiere, y los demás documentos que formen parte integrante del contrato de seguro. En la renovación la obligación procederá para los nuevos documentos o para aquellos que hayan sido modificados. La entrega de los documentos señalados deberá efectuarse en los términos acordados por las partes.
3. Proceder al ajuste de daños si fuera el caso, luego de recibida la notificación para la tramitación del siniestro, conforme a lo establecido en las Condiciones Particulares de este contrato.
4. Pagar la Suma Asegurada o la indemnización que corresponda en caso de siniestro, en los plazos establecidos en este contrato o rechazar la cobertura del siniestro, mediante aviso por escrito y debidamente motivado.
5. Entregar al Asegurado o al Intermediario de la actividad Aseguradora, una copia de la sentencia definitivamente firme que generó la reclamación o del informe del ajuste de pérdidas que contenga los cálculos utilizados para determinar la indemnización, según corresponda.
6. Cumplir con todas y cada una de las obligaciones, responsabilidades y condiciones establecidas en los diferentes documentos que integran el contrato de seguro.

## **CLÁUSULA 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 período 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 éstas sobre las Condiciones Generales de la Póliza.

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

## **CLÁUSULA 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 aquél, el importe correspondiente a la parte proporcional de la prima no consumida, por el período que falte por transcurrir.

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

La terminación anticipada de la póliza se efectuará sin perjuicio del derecho del Asegurado o 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 Beneficiario no podrá incurrir en gasto alguno, judicial o extrajudicial, ni hacer ningún pago, ni celebrar ningún arreglo o liquidación, ni admitir responsabilidad con respecto a cualquiera de los riesgos cubiertos que pueda presumirse responsabilidad a cargo del Asegurador, de acuerdo con este contrato.

## **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.

## CONDICIONES PARTICULARES

### CAPÍTULO I – RESPONSABILIDAD SUBJETIVA (RESPONSABILIDAD EMPRESARIAL)

#### CLÁUSULA 1.- DEFINICIONES

---

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

Serán igualmente accidentes de trabajo:

- 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.
  - Los accidentes acaecidos en actos de salvamento y en otros de naturaleza análoga, cuando tengan relación con el trabajo.
  - Los accidentes que sufra el trabajador o la trabajadora en el trayecto hacia y desde su centro de trabajo, siempre que ocurra durante el recorrido habitual, salvo que haya sido necesario realizar otro recorrido por motivos que no le sean imputables al trabajador o la trabajadora y exista concordancia cronológica y topográfica en el recorrido.
  - Los accidentes que sufra el trabajador o la trabajadora con ocasión del desempeño de cargos electivos en organizaciones sindicales, así como los ocurridos al ir o volver del lugar donde se ejerciten funciones propias de dichos cargos, siempre que concurren los requisitos de concordancia cronológica y topográfica exigidos en el numeral anterior.
- 2. ENFERMEDAD OCUPACIONAL:** Los estados patológicos contraídos o agravados con ocasión del trabajo o exposición al medio en el que el trabajador o la trabajadora se encuentra obligado a trabajar, tales como los imputables a la acción de agentes físicos y mecánicos, condiciones disergonómicas, meteorológicas, agentes químicos, biológicos, factores psicosociales y emocionales, que se manifiesten por una lesión orgánica, trastornos enzimáticos o bioquímicos, trastornos funcionales o desequilibrio mental, temporales o permanentes.
- 3. EMERGENCIA MÉDICA:** Condición que compromete la vida o la integridad física del trabajador o trabajadora, cuya atención no puede ser diferida y su diagnóstico ha sido hecho por un médico calificado de la Institución Hospitalaria prestadora de los servicios de salud.
- 4. ENFERMEDAD PREEXISTENTE:** Enfermedad o lesión que pueda comprobarse ha sido adquirida con anterioridad a la fecha de inicio de la vigencia del contrato de seguro o de la fecha de contratación e inclusión del trabajador o trabajadora en la nómina del Asegurado y sea conocida por el trabajador, trabajadora, Tomador o Asegurado.

5. **CONGÉNITA:** Alteración o desviación del estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo humano que existan desde la fecha de nacimiento o antes del mismo. Se considerará enfermedad preexistente si es conocida por el Tomador o el Asegurado a la fecha de inicio de la vigencia del contrato o de la inclusión del trabajador o trabajadora en la Póliza.
6. **INSTITUCIÓN HOSPITALARIA:** Establecimiento permanente con permiso sanitario vigente para suministrar asistencia médica autorizado por el organismo público competente. No serán consideradas instituciones hospitalarias para los efectos de esta Póliza, lugares de descanso, geriátricos, spas, hidroclínicas y cualquier institución que suministre tratamientos similares, centros exclusivos para tratamiento de farmacodependientes, de dipsómanos (alcohólicos), enfermos mentales o desordenes de conducta, ni lugares donde se proporcionen tratamientos naturistas, terapias alternativas y acupuntura.
7. **MÉDICO:** Profesional de la medicina titulado e inscrito en el Ministerio con competencia en materia de salud o en la institución que legalmente corresponda, para ejercer la profesión médica en el país donde presta sus servicios.
8. **MÉDICO TRATANTE:** Médico capacitado y competente para certificar las calificaciones de las consecuencias de accidentes de trabajo o enfermedades ocupacionales y sus respectivas prestaciones dinerarias, con base en criterios científicos y por ser quien ha seguido la evolución del paciente durante el período en que este ha requerido atención médica.
9. **PROCEDIMIENTO EXPERIMENTAL O INVESTIGATIVO:** Tratamiento médico, intervención quirúrgica, suministro, medicamento, procedimiento médico u hospitalización que:
  - a) No haya sido aceptado como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento médico de enfermedades por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la comunidad médica internacional; o
  - b) Su uso esté restringido a objetivos clínicos disciplinados que posean valor o beneficio para propósitos clínicos de la disciplina y estudios científicos; o
  - c) No se haya probado de manera objetiva que posea valor o beneficio terapéutico; o
  - d) Esté bajo estudio, investigación, en un período de prueba o en cualquier fase de un experimento o ensayo clínico.
10. **TRATAMIENTO MÉDICO:** Conjunto de medidas realizadas u ordenadas por un médico que se ponen en práctica para la curación o alivio de una enfermedad o lesión, incluyendo medicamentos prescritos, insumos o prótesis.
11. **PRÓTESIS:** Dispositivo o aparato diseñado para reemplazar una parte faltante del cuerpo o para hacer que una parte del cuerpo trabaje mejor.
12. **ATENCIÓN AMBULATORIA:** Atención médica suministrada a un Asegurado cuando su permanencia en la Institución Hospitalaria sea menor de 24 horas.
13. **COSTO RAZONABLE:** Es el promedio calculado por el Asegurador de los gastos cubiertos por tratamientos médicos y/o intervenciones quirúrgicas de Instituciones Hospitalarias ubicadas en una misma área geográfica, que sean de la misma categoría o equivalente a aquella donde fue atendido el Asegurado, los cuales correspondan a una intervención quirúrgica o tratamiento médico igual o similar, libre de complicaciones y que de acuerdo a las condiciones de esta Póliza se encuentran cubiertos. Este promedio será calculado sobre la base de las estadísticas que tenga el Asegurador de los gastos facturados en el mes calendario inmediatamente anterior a la fecha en que el Asegurado incurrió en los gastos,

incrementado según el Índice Nacional de Precios al Consumidor (I.N.P.C.) del Banco Central de Venezuela registrado en el mismo mes. Cuando este promedio no pueda ser obtenido, el costo razonable será el monto facturado. No obstante, si el Asegurador hubiere acordado con algún proveedor un baremo, deberá efectuar la indemnización de los servicios prestados por este proveedor de acuerdo con el referido baremo.

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

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

- 14. MÉDICAMENTE NECESARIO:** Conjunto de medidas o procedimientos ordenados y suministrados por un médico o institución hospitalaria, que se ponen en práctica para el tratamiento, curación o alivio de una enfermedad o lesión, bajo las siguientes características:
- Que sea apropiado para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad o lesión del Asegurado.
  - Que sea congruente con las normas profesionales aceptadas en la práctica de la medicina en la República Bolivariana de Venezuela y por la Federación Médica Venezolana o por la comunidad médica del país donde se presta el servicio o tratamiento.
  - Que el nivel de servicio o suministro sea idóneo y pueda ser proporcionado sin riesgo para el Asegurado.
  - Que no sea primordialmente para el confort o la conveniencia personal del Asegurado, de su familia o de su Médico.
- 15. EVENTO:** Hecho o circunstancia que trae como consecuencia la alteración de la salud, producto de un accidente de trabajo o enfermedad ocupacional.
- 16. EVENTO CATASTRÓFICO:** Evento generalmente extraordinario, procedente de hechos de la naturaleza o de conflictos humanos, que afecta a las personas y a las cosas con una amplitud y volumen desacostumbrados en sus efectos inmediatos y mediatos, que no tiene carácter de periodicidad y no presenta una regularidad estadística.
- 17. SALARIO NORMAL:** Es la remuneración devengada por el trabajador o trabajadora en forma regular y permanente por la prestación de su servicio. Quedan por tanto excluidos del mismo, las percepciones de carácter accidental, las derivadas de las prestaciones sociales y las que la Ley Orgánica del Trabajo, de los Trabajadores y Trabajadoras, considere que no tienen carácter salarial. Para la estimación del salario normal, ninguno de los conceptos que lo conforman, producirá efectos sobre sí mismo.
- 18. SALARIO INTEGRAL:** Es aquel salario que integra todos los conceptos salariales percibidos por el trabajador o trabajadora, incluyendo la alícuota de lo que le corresponde percibir por bono vacacional y por utilidades.
- 19. NÓMINA:** Es el registro detallado y actualizado de los trabajadores o trabajadoras que prestan sus servicios al Tomador o Asegurado. A los efectos de esta póliza, se hará referencia a tres tipos de nómina:
- Nómina de Personal Administrativo: corresponde al registro de trabajadores que desempeñan labores administrativas o de oficina, relacionadas a cualidades y exigencias intelectuales.
  - Nómina de Personal Operario: corresponde al registro de trabajadores que desempeñan labores manuales y físicas relacionadas a la operatividad, limpieza y/o mantenimiento.

- c) Nómina de Trabajadores: hace referencia al registro de todos los trabajadores, sin distinguir entre personal administrativo y personal operario.
- 20. EMPLEADOR O EMPLEADORA:** 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 trabajadoras o trabajadores, sea cual fuere su número. A efecto de este contrato, el Empleador o Empleadora será el Asegurado.
- 21. TRABAJADOR O TRABAJADORA:** Persona Natural que realiza una labor asociada a la actividad del Asegurado, por cuenta del Asegurado y bajo la estricta dependencia del Asegurado y quien está expuesta a eventualidades, por las consecuencias de accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales.
- 22. APRENDIZ:** Se considerarán aprendices a los y las adolescentes, entre catorce y dieciocho años de edad, que participan del proceso sistemático de formación, actualización, mejoramiento y perfeccionamiento científico, técnico y tecnológico en el marco del proceso social de trabajo.
- 23. CONTRATISTA:** Persona jurídica o natural que por cuenta propia compromete la prestación de servicios o una obra al Asegurado o Tomador, en el lugar de trabajo o donde éste disponga, de conformidad con especificaciones, plazos y condiciones convenidos.
- 24. RESPONSABILIDAD SUBJETIVA:** Es la responsabilidad del Empleador o Empleadora por accidente de trabajo o enfermedad ocupacional acontecidas a los trabajadores, trabajadoras, aprendices, pasantes, becarios y becarias en la entidad de trabajo, con motivo de causas relacionadas con el trabajo, como consecuencia de la violación de la normativa legal en materia de seguridad y salud en el trabajo por parte del empleador o de la empleadora.
- 25. RESPONSABILIDAD OBJETIVA:** Es la responsabilidad del Empleador o Empleadora por accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales acontecidas a los trabajadores, trabajadoras, aprendices, pasantes, becarios y becarias en la entidad de trabajo, con motivo de causas relacionadas con el trabajo, exista o no culpa o negligencia de su parte o de los trabajadores, trabajadoras, aprendices, pasantes, becarios o becarias.
- 26. DISCAPACIDAD TEMPORAL:** Es la contingencia que, a consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad ocupacional, imposibilita al trabajador o trabajadora trabajar por un tiempo determinado. El trabajador o trabajadora tendrá derecho a una prestación dineraria equivalente al cien por cien (100%) del monto del salario de referencia de cotización correspondiente al número de días que dure la discapacidad.
- 27. DISCAPACIDAD PARCIAL PERMANENTE:** Es la contingencia que, a consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad ocupacional, genera en el trabajador o trabajadora una disminución parcial y definitiva menor del sesenta y siete (67%) por ciento de su capacidad física o intelectual para el trabajo.
- 28. DISCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE PARA EL TRABAJO HABITUAL:** Es la contingencia que, a consecuencia de un accidente de trabajo o una enfermedad ocupacional, genera en el trabajador o trabajadora 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.
- 29. DISCAPACIDAD ABSOLUTA PERMANENTE PARA TODA ACTIVIDAD LABORAL:** Es la contingencia que, a consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad ocupacional, genera en el trabajador o trabajadora una disminución total y definitiva mayor o igual 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.

- 30. GRAN DISCAPACIDAD:** Es la contingencia que, como consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad ocupacional, obliga a el trabajador o trabajadora a auxiliarse de otras personas para realizar los actos elementales de la vida diaria.
- 31. LÍMITE AÑO PÓLIZA:** Es el monto máximo de indemnización del Asegurador, por el año póliza e independientemente del número de eventos. Queda entendido que, si el Asegurado o Tomador decide renovar la póliza, no significa que una nueva Suma Asegurada estará disponible para las indemnizaciones, tratamientos y gastos cubiertos que continúen en esa nueva vigencia producto de accidentes de trabajo o enfermedades ocupacionales que se hayan producido con anterioridad.

## **CLÁUSULA 2.- COBERTURA BÁSICA**

---

El Asegurador ampara las indemnizaciones que el Asegurado esté obligado a pagar a sus trabajadores, trabajadoras o derechohabientes, por la ocurrencia de un accidente de trabajo o enfermedad ocupacional, tal como se define en los numerales 1 y 2 de la CLÁUSULA 1.- DEFINICIONES, de estas Condiciones Particulares, siempre que tales circunstancias ocurran por la violación de la normativa legal en materia de seguridad y salud en el trabajo, por parte del empleador o empleadora y cuya responsabilidad haya sido calificada por el Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laboral (INPSASEL) y sentenciada por un Tribunal competente en la materia, de acuerdo a la gravedad de la falta y de la lesión, equivalentes a:

- 1. MUERTE DEL TRABAJADOR O DE LA TRABAJADORA:** El salario integral correspondiente a no menos de cinco (5) años ni más de ocho (8) años, contados por días continuos.
- 2. DISCAPACIDAD ABSOLUTA PERMANENTE PARA TODA ACTIVIDAD LABORAL:** El salario integral correspondiente a no menos de cuatro (4) años ni más de siete (7) años, contados por días continuos.
- 3. DISCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE PARA EL TRABAJO HABITUAL:** El salario integral correspondiente a no menos de tres (3) años ni más de seis (6) años, contados por días continuos.
- 4. DISCAPACIDAD PARCIAL PERMANENTE:** En caso de discapacidad parcial permanente mayor al 25% de su capacidad física o intelectual para la profesión u oficio habitual, la indemnización corresponderá a no menos de dos (2) años ni más de cinco (5) años del salario integral, contados por días continuos. En caso de una discapacidad permanente de hasta 25% de la capacidad física o intelectual para la profesión u oficio habitual, la indemnización corresponderá a no menos de un (1) año ni más de cuatro (4) años del salario integral, contados por días continuos.
- 5. DISCAPACIDAD TEMPORAL:** Esta indemnización será equivalente al doble del salario integral correspondiente a los días que hubiere durado el reposo por dicha discapacidad.
- 6. GRAN DISCAPACIDAD:**
  - a) **Gran Discapacidad asociada a la Discapacidad Absoluta Permanente:** En este caso la indemnización será equiparable a la indemnización por muerte del trabajador.
  - b) **Gran discapacidad asociada a la Discapacidad Temporal:** Esta indemnización será el equivalente al triple del salario integral correspondiente a los días que hubiere durado la incapacidad del trabajador.

- 7. SECUELA O DEFORMACIONES PERMANENTES:** La indemnización corresponderá al equivalente de cinco (5) años del salario integral, contado por días continuos, por las secuelas o deformidades permanentes provenientes de enfermedades ocupacionales o accidentes de trabajo, cuando estas hayan vulnerado las facultades humanas, más allá de la simple pérdida de la capacidad de ganancias, alterando la integridad emocional y psíquica del trabajador o de la trabajadora lesionado.

### **CLÁUSULA 3.- RECALIFICACIÓN DEL ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD OCUPACIONAL**

---

El Asegurador se limitará a pagar hasta la mayor de las indemnizaciones correspondientes a las calificaciones que el Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales pueda declarar.

En aquellos casos que como consecuencia del accidente laboral o la enfermedad ocupacional, ocurriese una recalificación posterior a la calificación establecida previamente por el Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laboral (INPSASEL), el Asegurador indemnizará o recuperará, según corresponda, la diferencia que pueda existir entre la indemnización por la calificación establecida previamente y la indemnización por la calificación posterior, siempre y cuando ésta nueva calificación no exceda de un (1) año desde la fecha de la calificación inicial emitida por tal organismo.

### **CLÁUSULA 4.- LÍMITES DE RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOR**

---

El Asegurador establece un **LÍMITE POR TRABAJADOR O TRABAJADORA AÑO PÓLIZA**, el cual representa el monto máximo que el Asegurador indemnizará al Asegurado por trabajador o trabajadora por un Siniestro, independientemente del número de coberturas que sean afectadas en dicho evento. Este límite es también el monto máximo que el Asegurador indemnizará por trabajador o trabajadora dentro del período de vigencia de la Póliza. Este límite por trabajador y año Póliza, estará definido por Capítulo en el Cuadro Póliza Recibo.

De igual forma, la Aseguradora establece un **LÍMITE POR DOS O MÁS TRABAJADORES AÑO PÓLIZA**, que representa el monto máximo que el Asegurador indemnizará si en un mismo Siniestro se vieran involucrados dos o más trabajadores o trabajadoras, independientemente del número de coberturas que sean afectadas en dicho evento. Este límite es también el monto máximo que el Asegurador indemnizará bajo la Póliza dentro del período de vigencia de la misma. Este límite por dos o más trabajadores año Póliza, estará definido por Capítulo en el Cuadro Póliza Recibo.

### **CLÁUSULA 5.- COBERTURAS OPCIONALES DEL CAPITULO I**

---

El Tomador deberá pagar la Prima adicional correspondiente a las coberturas opcionales que desee asegurar, descritas en esta Cláusula, de acuerdo a lo dispuesto en la CLÁUSULA 6.- PAGO DE LA PRIMA, de las Condiciones Generales de la Póliza y hasta la Suma Asegurada indicada en el Cuadro Póliza Recibo o anexos adheridos a la Póliza, de la cobertura correspondiente, contra la entrega por parte del Asegurador del Cuadro Póliza Recibo. Las mismas, tendrán el siguiente alcance:

#### **1. LUCRO CESANTE DEL TRABAJADOR O TRABAJADORA:**

El Asegurador ampara la indemnización por Lucro Cesante derivada de la Muerte del Trabajador o de la Trabajadora, o de la Discapacidad Absoluta Permanente para toda actividad, o de la Gran Discapacidad asociada a la discapacidad absoluta permanente, por la que el Asegurado esté obligado a pagar a sus trabajadores, trabajadoras o derechohabientes, como consecuencia de la ocurrencia de un accidente de

trabajo o enfermedad ocupacional, tal como se define en los numerales 1 y 2 de la CLÁUSULA 1.- DEFINICIONES, de estas Condiciones Particulares, siempre que tales circunstancias ocurran por la violación de la normativa legal en materia de seguridad y salud en el trabajo, por parte del empleador o empleadora y cuya responsabilidad haya sido calificada por el Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laboral (INPSASEL) y sentenciada por un Tribunal competente en la materia, hasta la suma asegurada indicada en el Cuadro Póliza Recibo para esta cobertura, la cual será considerada como Límite Año Póliza, aplicable únicamente en exceso de las indemnizaciones que el Asegurado esté obligado a pagar, según lo previsto en el Título VIII, Capítulo IV, Artículo 130 de la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente del Trabajo.

Queda entendido que, a efecto de esta cobertura, el Lucro Cesante está referido a la ausencia de acrecimiento patrimonial por parte del trabajador o trabajadora que se hubiese verificado de no haberse producido el accidente de trabajo o la enfermedad ocupacional, considerando que la expectativa de vida útil para un trabajador o trabajadora, es de sesenta (60) años.

## **2. GASTOS DE ASISTENCIA LEGAL Y DEFENSA PENAL:**

El Asegurador ampara los gastos que el Asegurado esté obligado a pagar por la asistencia legal, defensa penal y costos judiciales que se deriven de reclamaciones por la ocurrencia de un accidente de trabajo o enfermedad ocupacional, tal como se define en los numerales 1 y 2 de la CLÁUSULA 1.- DEFINICIONES, de estas Condiciones Particulares, hasta la suma asegurada indicada en el Cuadro Póliza Recibo para esta cobertura, la cual será considerada como Límite Año Póliza y siempre que tales circunstancias ocurran por la violación de la normativa legal en materia de seguridad y salud en el trabajo, por parte del empleador o empleadora y cuya responsabilidad haya sido calificada por el Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laboral (INPSASEL) y sentenciada por un Tribunal competente en la materia, de acuerdo a la gravedad de la falta y de la lesión.

Queda excluida de esta cobertura la proporción de los gastos de Asistencia Legal y Defensa Penal, correspondientes a conceptos no amparados por esta póliza. Dicha proporción, será determinada en función a los montos de los conceptos incluidos en la demanda y no en función a los montos obligados a pagar.

## **3. GASTOS POR ASISTENCIA MÉDICA, QUIRÚRGICA Y FARMACÉUTICA POR RESPONSABILIDAD SUBJETIVA:**

El Asegurador indemnizará los gastos medicamente necesarios y sujetos al costo razonable, que el Asegurado esté obligado a pagar, hasta la suma asegurada indicada en el Cuadro Póliza Recibo para esta cobertura, por la hospitalización y/o intervención quirúrgica y/o tratamiento médico, que reciban los trabajadores o trabajadoras del Asegurado, por la ocurrencia de un accidente de trabajo o enfermedad ocupacional, tal como se define en los numerales 1 y 2 de la CLÁUSULA 1.- DEFINICIONES, de estas Condiciones Particulares, que ocurran durante la vigencia del Contrato de Seguros y que excedan del deducible vigente a la fecha de ocurrencia del siniestro, si los hubiere, siempre y cuando dichas circunstancias ocurran por la violación de la normativa legal en materia de seguridad y salud en el trabajo, por parte del empleador o empleadora y cuya responsabilidad haya sido calificada por el Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laboral (INPSASEL) y sentenciada por un Tribunal competente en la materia.

La suma asegurada de esta cobertura es un límite por evento, sin embargo, si el asegurado o tomador decide renovar la póliza, no significa que una nueva Suma Asegurada estará disponible para los tratamientos y gastos cubiertos que continúen en esa nueva vigencia producto de accidentes de trabajo o enfermedades ocupacionales que se hayan producido con anterioridad.

## **CLÁUSULA 6.- RIESGOS EXCLUIDOS**

---

El Asegurador no indemnizará las pérdidas, gastos, daños o responsabilidades que sean consecuencia de:

1. Los riesgos contemplados en las coberturas opcionales, según CLÁUSULA 5.- COBERTURAS OPCIONALES DEL CAPÍTULO I y la CLÁUSULA 20.- COBERTURAS OPCIONALES DEL CAPÍTULO II, de estas Condiciones Particulares, cuando el Asegurado no haya contratado la cobertura correspondiente mediante el pago de la prima adicional.
2. Meteorito u otra convulsión de la naturaleza o perturbación atmosférica, así como cualquier otro fenómeno de carácter catastrófico o extraordinario, o de acontecimientos que por su magnitud o gravedad sean calificados por las autoridades competentes como “catástrofe natural”.
3. Sabotaje.
4. Secuestro, extorsión y chantaje.
5. Ondas de presión causadas por aviones u otros objetos aéreos que viajen a velocidades sónicas o supersónicas.
6. Provocados intencionalmente por el trabajador o la trabajadora; suicidio o tentativa de suicidio, ya sea en estado de cordura o no.
7. Duelos, riñas, desafíos y apuestas de cualquier naturaleza.
8. Trabajadores participando en actos de Motín, conmoción civil, disturbios populares, disturbios laborales y saqueos.
9. Influencia de bebidas alcohólicas, estupefacientes, alucinógenos o cualquier otra clase de drogas no prescritas médicamente.
10. Daños morales, difamación o injuria.
11. Responsabilidades derivadas del asbesto en estado natural o por productos fabricados con el mismo, así como Dioxinas, Dimetil Isocianato y Tabaco.
12. Epidemias.
13. Enfermedad mental o proceso mental de origen orgánico y/o funcional, y sus consecuencias; cura de reposo, tratamiento de trastornos funcionales de la conducta, neurosis, depresión, angustia, fobias, ansiedad, psicosis, demencia senil.
14. Las multas impuestas al Asegurado por tribunales o autoridades de cualquier clase.
15. Terapias recreacionales.
16. La responsabilidad solidaria que pueda ser imputada al Asegurado por parte de Contratistas por accidentes de trabajo o enfermedades ocupacionales sufridas por los trabajadores o trabajadoras de tales Contratistas.
17. Gastos por asistencia originados en el servicio médico propio del Asegurado o Tomador, o por cualquier otro, que tenga alguno de estos contratados o con el cual mantengan algún convenio para la atención de sus trabajadores y trabajadoras.

18. Responsabilidades imputables al Asegurado de acuerdo con la Ley de Seguro Social; Ley Orgánica del Trabajo, de los Trabajadores y Trabajadoras; Contratos Colectivos o cualquier otra disposición legal complementaria o reglamentaria, no amparadas específicamente por esta Póliza.
19. Responsabilidades establecidas en legislación distinta a la legislación venezolana.

## **CLÁUSULA 7- TRABAJADORES O TRABAJADORAS Y ACTIVIDADES EXCLUIDAS**

---

Salvo que se haya indicado cobertura específica en el Cuadro Póliza Recibo o anexos adheridos a la Póliza, este Contrato no cubre:

1. Personal militar activo.
2. Personal de seguridad y Escoltas. Esta exclusión no aplica para vigilantes privados.
3. Tripulantes de aeronaves.
4. Tripulantes marítimos; operaciones costa afuera (off-shore) que involucre o no operaciones de plataformas y pozos de perforación.
5. Actividades de construcción y reparación de barcos en astilleros, construcción submarina y otras obras subacuáticas.
6. Actividades directas relacionadas con la fabricación, manipulación y transporte de explosivos, la minería subterránea y con la extracción, refinamiento, almacenamiento y transporte de petróleo crudo y gas natural, incluyendo oleoductos y gasoductos.
7. Personal en actividades de demolición de edificios; construcción de oleoductos, gasoductos, aeropuertos, túneles, excavación subterránea, torres, cúpulas y fustes de chimeneas.
8. Personal laborando en ferrocarriles, tranvías, teleféricos y funiculares.
9. Limpieza de ventanas externas de edificios en andamios.
10. Miembros de equipos deportivos profesionales o no. Esta exclusión no aplica para aquellos trabajadores o trabajadoras que forman parte de equipos deportivos, como una actividad por el hecho o con ocasión del trabajo.
11. Trabajadores o trabajadoras que dependan directamente del(los) contratista(s) que trabajen para el Asegurado.
12. Propietarios, socios o accionistas de la empresa o comercio.
13. Cuando se trate de los miembros de la familia del propietario de la empresa o comercio, que trabajen exclusivamente por cuenta de aquel y que vivan bajo el mismo techo.
14. Personas que ejecuten trabajos ocasionales, ajenos a la empresa del Empleador o Empleadora.

## **CLÁUSULA 8.- RENOVACIÓN**

---

El contrato se entenderá renovado automáticamente al finalizar el último día de duración del período de vigencia anterior y por un plazo igual, siempre que el Tomador pague la prima correspondiente al nuevo período, de acuerdo con lo establecido en la CLÁUSULA 9.- PLAZO DE GRACIA, de estas Condiciones Particulares,

entendiéndose que la renovación no implica un nuevo contrato, sino la prórroga del anterior. Las partes pueden negarse a la prórroga del contrato mediante una notificación impresa o a través de los mecanismos electrónicos acordados a la otra parte, efectuada con un plazo de un (1) mes de anticipación a la conclusión del período de vigencia en curso.

#### **CLÁUSULA 9.- PLAZO DE GRACIA**

---

Se conceden treinta (30) días continuos de gracia para el pago de la prima de renovación, contados a partir de la fecha de terminación de la vigencia del contrato anterior, siendo anual la vigencia del contrato, existiendo o no fraccionamiento en el pago de la prima anual.

En caso de existir fraccionamiento en el pago de la prima anual, el Asegurador concede un período de gracia para el pago de las primas de renovación de siete (07) días continuos para las pólizas cuyas primas sean pagaderas mensualmente, quince (15) días continuos para las pólizas cuyas primas sean pagaderas trimestral o semestralmente.

Si ocurriere un siniestro en este plazo, el Asegurador pagará la indemnización, previa deducción de la prima correspondiente. Si el monto del siniestro es menor a la prima de renovación, el Asegurador pagará la indemnización, siempre que el Tomador pague la prima en el plazo de gracia concedido. Si la prima no es pagada en el referido plazo, el contrato quedará sin validez y efecto a partir de la fecha de terminación de la vigencia del contrato anterior.

#### **CLÁUSULA 10.- CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD**

---

El Asegurador será únicamente responsable en los casos de accidentes de trabajo o enfermedades ocupacionales que den origen a reclamo por cualquiera de las coberturas de la presente Póliza, cuando la ocurrencia de los mismos haya afectado a trabajadores o trabajadoras que aparezcan en la nómina del Asegurado al momento del Siniestro, o en aquellos casos en los que, aun cuando no aparezcan en la nómina del Asegurado por un retardo administrativo no mayor a treinta (30) días continuos, se demostrase que son trabajadores o trabajadoras del Asegurado para el momento en que ocurre el Siniestro.

Cuando exista una variación en el número total de trabajadores por tipo de nómina, según el caso, el Asegurado deberá solicitar la actualización en la Póliza en un plazo no mayor de treinta

(30) días continuos de haberse producido el cambio, quedando el Asegurado comprometido a cancelar la prima adicional o el Asegurador a devolver la prima, cuando sea procedente. El incumplimiento de esta condición, generará la aplicación de la CLÁUSULA 11.- PROPORCIONALIDAD EN LA INDEMNIZACIÓN, de estas Condiciones Particulares.

#### **CLÁUSULA 11.- PROPORCIONALIDAD EN LA INDEMNIZACIÓN**

---

Cuando al momento del Siniestro, el número de trabajadores declarados en la Póliza sea inferior al número de trabajadores reales en nómina del Asegurado, el Asegurador indemnizará al Asegurado o al Beneficiario en una cantidad equivalente a la que resulte de multiplicar el monto de la indemnización que se determine, por la

fracción que se obtenga de dividir el número de trabajadores declarados en la Póliza entre el número de trabajadores reales a riesgo.

Cuando la Póliza comprenda varios tipos de nómina (administrativo u operario), esta condición se aplicará a cada tipo por separado; sin embargo, si el total de número de trabajadores a riesgo declarados en la Póliza es superior al número de trabajadores reales totales a riesgo, el

Asegurado podrá utilizar la Prima correspondiente a cualquier excedente en el número de trabajadores de un tipo de nómina, para suplir la deficiencia en la otra.

En caso de que la indemnización ya haya sido pagada al Asegurado o Beneficiario o se haya comprometido el pago ante la Institución Hospitalaria, el Tomador o Asegurado queda obligado a pagar la prima adicional correspondiente por el número de trabajadores no declarados, según corresponda.

## **CLÁUSULA 12.- AGRAVACIÓN DEL RIESGO**

---

El Tomador o el Asegurado, durante la vigencia del contrato, debe comunicar al Asegurador, todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que, si hubieran sido conocidas por éste, en el momento de la celebración del contrato, no lo habría celebrado o lo habría hecho en otras condiciones. Esta notificación debe hacerse dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, contados a partir de la fecha en que sea conocida, salvo que medie una causa extraña no imputable.

Cuando la agravación del riesgo dependa de un acto del Tomador o del Asegurado, debe ser notificada al Asegurador, en el plazo de cinco (5) días hábiles antes de que se produzca, salvo que medie una causa extraña no imputable.

Los hechos que por su naturaleza constituyen agravaciones del riesgo y que deben ser notificados al Asegurador, se encuentran establecidas en la CLÁUSULA 13.- CIRCUNSTANCIAS QUE AGRAVAN EL RIESGO.

Conocido por el Asegurador que el riesgo se ha agravado, éste dispone de un plazo de quince (15) días continuos, contados a partir de la fecha en que haya sido conocido, para indicar las razones por las cuales rescinde el contrato o propone la modificación del mismo. Notificada la modificación al Tomador, éste deberá dar cumplimiento a las condiciones exigidas, en un plazo que no exceda de quince (15) días hábiles, caso contrario, se entenderá que el contrato ha quedado sin efecto a partir del vencimiento del plazo.

Si el Tomador o el Asegurado no actúan de acuerdo con las indicaciones del Asegurador, se entenderá que el contrato ha sido terminado por aquél.

En el caso de que el Tomador o el Asegurado no haya efectuado la declaración y sobreviniere un siniestro, el deber de indemnización del 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 o el Asegurado haya actuado con dolo o culpa grave, en cuyo caso, el Asegurador quedará liberado de responsabilidad.

Cuando el contrato se refiera a varios bienes o intereses, y el riesgo se hubiese agravado respecto de uno o algunos de ellos, el contrato subsistirá con todos sus efectos respecto de los restantes.

En el supuesto de rescisión de contrato, el Asegurador deberá devolver, en un plazo de quince (15) días hábiles contados a partir de su notificación, la parte proporcional de la prima correspondiente al período que falte por transcurrir, deducida la comisión pagada al intermediario de la actividad aseguradora.

### **CLÁUSULA 13.- CIRCUNSTANCIAS QUE AGRAVAN EL RIESGO**

---

Serán consideradas como agravación del riesgo, las circunstancias que seguidamente se detallan:

1. Modificaciones en la naturaleza de la actividad principal o índole del Asegurado que agraven los riesgos de los trabajadores o trabajadoras del Asegurado.
2. Traslado de los trabajadores o trabajadoras a riesgos costa afuera (off shore).

### **CLÁUSULA 14.- AGRAVACIÓN DEL RIESGO QUE NO AFECTA EL CONTRATO**

---

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

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

### **CLÁUSULA 15.- DISMINUCIÓN DEL RIESGO**

---

El Tomador o el Asegurado, durante la vigencia del contrato, podrá poner en conocimiento del Asegurador, todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que, si hubieran sido conocidas por éste 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 la actividad aseguradora.

En el caso de que el Tomador o el Asegurado no hayan efectuado la declaración de la disminución del riesgo y sobreviniere un siniestro, el Asegurador, deberá indemnizar al Asegurado o al Beneficiario, según las condiciones originalmente pactadas en el contrato.

## **CLÁUSULA 16.- DEBERES DEL TOMADOR O ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO**

---

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

1. Notificar al Asegurador dentro de los treinta (30) días continuos siguientes de haber conocido la ocurrencia del evento o de diez (10) días hábiles siguientes del conocimiento de toda demanda, procedimiento o diligencia, que pudieran producir reclamo bajo cualquiera de las coberturas de este Capítulo I, lo primero que ocurra. En caso de duda en cuanto a la determinación de la fecha de ocurrencia del Siniestro, la fecha de referencia para efecto de la Póliza, será la que corresponda a la fecha, en que el trabajador o trabajadora acudió a un servicio de asistencia médica, con signos o síntomas que a juicio del médico tratante están relacionados íntimamente con el accidente de trabajo o la enfermedad ocupacional, o la fecha que fue notificado al Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laboral (INPSASEL), lo primero que ocurra.
2. Suministrar dentro de los treinta (30) días continuos, siguientes a la fecha del conocimiento del hecho o dentro de cualquier otro plazo que haya concedido el Asegurador, los siguientes recaudos:
  - a) Carta narrativa del hecho por parte del Empleador o Empleadora, indicando de forma amplia y clara las circunstancias, lugar y actividades en las cuales se presume, se generó la enfermedad ocupacional o accidente de trabajo.
  - b) Fotocopia de la cédula de identidad del trabajador o trabajadora afectado(a).
  - c) Original y fotocopia del comprobante de pago de salario del trabajador afectado, correspondiente al período en el cual ocurrió el hecho que originó la reclamación.
  - d) Libelo de la Demanda en contra del Tomador o el Asegurado, en caso de haberla recibido.
  - e) Original y fotocopia de la Certificación del origen ocupacional del accidente o enfermedad por la cual se presente la reclamación, emitida por el Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales (INPSASEL).
3. Cualquier otro documento justificativo que el Asegurador directamente, o por mediación de los representantes que ella designe, considere necesario con referencia al origen, la causa, circunstancia o determinación de la prestación dineraria a que hubiere a lugar.

## **CLÁUSULA 17.- DESIGNACIÓN DEL ABOGADO DEFENSOR**

---

Recibida la notificación del Siniestro, el Asegurador si lo considerare necesario, designará a su costo, un representante o Abogado defensor, quien verificará la reclamación y servirá de apoyo al(los) Abogado(s) principal(es) designado(s) por el Asegurado.

El Asegurador no contrae obligaciones ni responsabilidades con el Asegurado, por cualquier acto ejecutado en ejercicio de estas facultades, ni disminuirá por ello, su derecho a apoyarse en cualquier acto ejecutado en ejercicios de estas facultades o en cualquiera de las condiciones de esta Póliza con respecto al Siniestro.

Las facultades conferidas al Asegurador por esta Cláusula, podrán ser ejercidas por la misma en cualquier momento, mientras el Asegurado no le avise por escrito que renunciará a toda reclamación por la presente Póliza.

## **CLÁUSULA 18.- RECLAMACIONES Y PAGO DE INDEMNIZACIONES DEL CAPITULO I**

---

Para la validez de las coberturas de esta Póliza, deben presentarse en forma concurrente las siguientes condiciones:

1. El accidente de trabajo o enfermedad ocupacional debe haber ocurrido dentro de la vigencia de la Póliza, entendiéndose ésta, como la suma de las vigencias de los diferentes períodos de la Póliza, que de manera ininterrumpida permanezcan en vigor con el Asegurador;
2. La acción judicial en contra del Asegurado debe iniciarse durante el tiempo en que el contrato de Seguros, permanezca en vigor y hasta un plazo no mayor de un (1) año, luego de la terminación del mismo.
3. El Tomador o Asegurado cumpla con los plazos de notificación de siniestro, establecido en el numeral 1. de la CLÁUSULA 16.- DEBERES DEL TOMADOR O ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO, CORRESPONDIENTE AL CAPITULO I.

## **CLÁUSULA 19.- APLICACIÓN DE ESTE CAPITULO I**

---

Los términos y condiciones establecidos en este Capítulo I, aplican a todas las coberturas de la Póliza cuando no se sea modificado en el Capítulo II o en Anexos que formen parte integrante de esta Póliza.

## CAPÍTULO II – RESPONSABILIDAD OBJETIVA (RESPONSABILIDAD PATRONAL)

### CLÁUSULA 20.- COBERTURAS OPCIONALES DEL CAPITULO II

---

El Tomador deberá pagar la Prima adicional correspondiente a las coberturas opcionales que desee asegurar, descritas en esta Cláusula, de acuerdo a lo dispuesto en la CLÁUSULA 6.- PAGO DE LA PRIMA, de las Condiciones Generales de la Póliza y hasta la Suma Asegurada indicada en el Cuadro Póliza Recibo o anexos adheridos a la Póliza, de la cobertura correspondiente, contra la entrega por parte del Asegurador del Cuadro Póliza Recibo. Las mismas, tendrán el siguiente alcance:

#### 1. PRESTACIONES DINERARIAS POR MUERTE O GRAN DISCAPACIDAD PERMANENTE DEL TRABAJADOR O TRABAJADORA:

El Asegurador ampara las prestaciones dinerarias, que el Asegurado pagará al trabajador, trabajadora o derechohabientes, por la ocurrencia de un accidente de trabajo o enfermedad ocupacional, tal como se define en los numerales 1 y 2 de la CLÁUSULA 1.- DEFINICIONES, de estas Condiciones Particulares, que sean certificados por el médico tratante o por cualquier autoridad competente especialista en la materia, que ocurran durante la vigencia del Contrato de Seguros y que sean sufridos por trabajadores o trabajadoras del Asegurado, hasta la suma asegurada indicada en el Cuadro Póliza Recibo.

#### 2. PRESTACIONES DINERARIAS POR DISCAPACIDAD PERMANENTE

Sujeta a la contratación de la Cobertura indicada en el numeral 1. PRESTACIONES DINERARIAS POR MUERTE O GRAN DISCAPACIDAD PERMANENTE DEL TRABAJADOR O TRABAJADORA, de esta Cláusula, el Asegurador ampara las prestaciones dinerarias, que el Asegurado pagará al trabajador, trabajadora o derechohabientes, por la ocurrencia de un accidente de trabajo o enfermedad ocupacional, tal como se define en los numerales 1 y 2 de la CLÁUSULA 1.- DEFINICIONES, de estas Condiciones Particulares, que sean certificados por el médico tratante o por cualquier autoridad competente especialista en la materia, que ocurran durante la vigencia del Contrato de Seguros y que sean sufridos por trabajadores o trabajadoras del Asegurado, hasta la suma asegurada indicada en el Cuadro Póliza Recibo, según la siguiente calificación:

a) **Discapacidad absoluta permanente para toda actividad Laboral.**

b) **Discapacidad total permanente para el trabajo habitual.**

c) **Discapacidad parcial y permanente:** La indemnización para esta discapacidad será calculada según el Baremo Nacional para la asignación del porcentaje de Discapacidad por

Enfermedades Ocupacionales y Accidentes de Trabajo emanado del Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laboral (INPSASEL), cuyo porcentaje será aplicado sobre la Suma Asegurada de la cobertura del literal a) Discapacidad Absoluta permanente para toda actividad Laboral, de este numeral 2, indicada en el Cuadro Póliza Recibo.

#### 3. PRESTACIONES DINERARIAS POR DISCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

Sujeta a la contratación de la cobertura indicada en el numeral 1. PRESTACIONES DINERARIAS POR MUERTE O GRAN DISCAPACIDAD PERMANENTE DEL TRABAJADOR O TRABAJADORA, de esta Cláusula, el Asegurador ampara las prestaciones dinerarias, que el Asegurado pagará al trabajador, trabajadora o derechohabientes, por la ocurrencia de un accidente de trabajo o enfermedad ocupacional, tal como se define en los numerales 1 y 2 de la CLÁUSULA 1.- DEFINICIONES, de estas Condiciones Particulares, que sean certificados por el médico tratante o por cualquier autoridad competente

especialista en la materia, que ocurran durante la vigencia del Contrato de Seguros y que sean sufridos por trabajadores o trabajadoras del Asegurado, hasta la suma asegurada indicada en el Cuadro Póliza Recibo, según la siguiente calificación:

**a) Discapacidad Temporal.**

**b) Gran Discapacidad Temporal.**

#### **4. GASTOS POR ASISTENCIA MÉDICA, QUIRÚRGICA Y FARMACÉUTICA POR RESPONSABILIDAD OBJETIVA**

El Asegurador indemnizará los gastos medicamente necesarios y sujetos al costo razonable, hasta la suma asegurada indicada en el Cuadro Póliza Recibo para esta cobertura, por la hospitalización y/o intervención quirúrgica y/o tratamiento médico, que reciban los trabajadores o trabajadoras del Asegurado, por la ocurrencia de un accidente de trabajo o enfermedad ocupacional, tal como se define en los numerales 1 y 2 de la CLÁUSULA 1.- DEFINICIONES, de estas Condiciones Particulares, que ocurran durante la vigencia del Contrato de Seguros y que excedan del deducible vigente a la fecha de ocurrencia del siniestro, si lo hubiere, quedando excluidos los gastos derivados de Hernias de cualquier naturaleza.

La suma asegurada de esta cobertura es un límite por evento, sin embargo, si el Asegurado o Tomador decide renovar la póliza, no significa que una nueva Suma Asegurada estará disponible para los tratamientos y gastos cubiertos que continúen en esa nueva vigencia producto de accidentes de trabajo o enfermedades ocupacionales que se hayan producido con anterioridad.

#### **5. HERNIAS**

El Asegurador indemnizará los gastos medicamente necesarios y sujetos al costo razonable, hasta la suma asegurada indicada en el Cuadro Póliza Recibo para esta cobertura, por la hospitalización y/o intervención quirúrgica y/o tratamiento médico, que reciban los trabajadores o trabajadoras del Asegurado, como consecuencia de lesiones internas producidas por esfuerzo(s) violento(s) o por la exposición a agentes físicos, mecánicos químicos, biológicos, psicosociales y condiciones disergonómicas, asociadas a un accidente de trabajo o enfermedad ocupacional, tal como se define en los numerales 1 y 2 de la CLÁUSULA 1.- DEFINICIONES, de estas Condiciones Particulares, que ocurran durante la vigencia del Contrato de Seguros y que excedan del deducible vigente a la fecha de ocurrencia del siniestro, si lo hubiere, y que produzcan en el trabajador o trabajadora el desplazamiento de uno o varios discos intervertebrales con compresión del saco medular y/o las raíces nerviosas o la protrusión de contenido a través de una debilidad de la pared o cavidad que lo contiene.

La suma asegurada de esta cobertura es un límite por evento, sin embargo, si el asegurado o tomador decide renovar la póliza, no significa que una nueva Suma Asegurada estará disponible para los tratamientos y gastos cubiertos que continúen en esa nueva vigencia producto de accidentes de trabajo o enfermedades ocupacionales que se hayan producido con anterioridad.

#### **6. GASTOS FUNERARIOS**

El Asegurador garantiza la prestación de los servicios funerarios o el reembolso de los gastos fúnebres causados por el fallecimiento del trabajador o trabajadora, ocurrido durante la vigencia del Contrato de Seguros, hasta la suma asegurada indicada en el Cuadro Póliza Recibo.

El Asegurador indemnizará al Asegurado, el remanente que pueda existir entre la suma asegurada contratada y el valor del gasto funerario efectuado, que el Asegurado pagará a los derechohabientes del trabajador o trabajadora afectado.

El alcance de esta cobertura no se encuentra limitada a la ocurrencia de un accidente de trabajo o enfermedad ocupacional, tal como se define en los numerales 1 y 2 de la CLÁUSULA 1.- DEFINICIONES, de estas Condiciones Particulares.

#### **CLÁUSULA 21.-**

#### **AGRAVAMIENTO DE LAS CONSECUENCIAS DE ACCIDENTES DE TRABAJO O ENFERMEDADES OCUPACIONALES POR NEGLIGENCIA DEL TRABAJADOR O TRABAJADORA:**

---

En caso de que un trabajador o trabajadora afectado por un accidente de trabajo o enfermedad ocupacional, se negare a someterse a las disposiciones, regímenes y tratamientos que indiquen sus médicos tratantes, las prestaciones dinerarias previstas en este Capítulo de la Póliza, se calcularán teniendo en cuenta la clase, el grado y la duración que hubiera tenido la discapacidad, si se hubieren cumplido las referidas disposiciones, regímenes y tratamientos.

#### **CLÁUSULA 22.-**

#### **ACUMULACIÓN Y RECALIFICACIÓN DEL ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD OCUPACIONAL**

---

El Asegurador se limitará a pagar hasta la mayor de las indemnizaciones correspondientes a las calificaciones que el médico tratante o el Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales (INPSASEL) pueda determinar, según corresponda, sin embargo, cuando la cobertura indicada en el numeral 3. PRESTACIONES DINERARIAS POR DISCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO, de la CLÁUSULA 20.- COBERTURAS OPCIONALES DEL CAPÍTULO II, esté contratada, las prestaciones que correspondan por este concepto, no serán descontadas de las prestaciones que deban pagarse conforme a otros conceptos, sin exceder en ningún caso del límite de indemnización, tal como se encuentra definido en la CLÁUSULA 4.- LIMITES DE RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO, de estas Condiciones Particulares.

En aquellos casos que como consecuencia del accidente laboral o la enfermedad ocupacional, ocurriese una recalificación posterior a la calificación establecida previamente por el médico tratante o el Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laboral (INPSASEL), el Asegurador indemnizará o recuperará, según corresponda, la diferencia que pueda existir entre la indemnización por la calificación establecida previamente y la indemnización por la calificación posterior, siempre y cuando ésta nueva calificación no exceda de un (1) año desde la fecha de la calificación inicial emitida por tal organismo.

#### **CLÁUSULA 23.-**

#### **GASTOS CUBIERTOS**

---

Queda entendido que el Asegurador, sujeto a las condiciones y términos indicados en el numeral 4. GASTOS POR ASISTENCIA MÉDICA, QUIRÚRGICA Y FARMACÉUTICA POR RESPONSABILIDAD OBJETIVA y el numeral 5. HERNIAS, de la CLÁUSULA 20.- COBERTURAS OPCIONALES DEL CAPÍTULO II, de estas Condiciones Particulares, cubre el cien por ciento (100%) de los gastos amparados ocasionados durante la vigencia del contrato, sujeto al costo razonable, en exceso del Deducible contratado, si lo hubiere, y hasta la Suma Asegurada contratada, como consecuencia de enfermedades ocupacionales o de lesiones producidas por un accidente de trabajo del trabajador o trabajadora del Asegurado.

El monto total a indemnizar por el Asegurador, estará sujeto al máximo establecido como Suma Asegurada reflejada en el Cuadro Póliza Recibo, al costo razonable y a los límites de responsabilidad indicados en la CLÁUSULA 4.- LÍMITES DE RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOR, de estas Condiciones Particulares.

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

Están cubiertos los gastos medicamente necesarios utilizados para el tratamiento médico, intervención quirúrgica con o sin hospitalización, servicios hospitalarios, medicinas, suministros y equipos especiales, requeridos para el tratamiento de accidente de trabajo o enfermedad ocupacional, tal como se define en los numerales 1 y 2 de la CLÁUSULA 1.- DEFINICIONES, de estas Condiciones Particulares, sufridos por el trabajador o trabajadora del Asegurado. Queda además entendido que:

- a) Los gastos por concepto de pago de honorarios médicos, conjuntamente con los demás beneficios cubiertos por esta Póliza, están sujetos a la Suma Asegurada contratada.
- b) Los medicamentos deben haber sido indicados bajo prescripción médica específica, ser necesarios para el tratamiento médico de la enfermedad ocupacional o la lesión producida por el accidente de trabajo y ser adquiridos en un establecimiento autorizado para el expendio de productos farmacéuticos. Para su indemnización deberán presentarse los correspondientes récipes originales de prescripción.
- c) Los medicamentos deben haber sido indicados bajo prescripción médica específica, ser necesarios para el tratamiento médico de la enfermedad ocupacional o la lesión producida por el accidente de trabajo y ser adquiridos en un establecimiento autorizado para el expendio de productos farmacéuticos. Para su indemnización deberán presentarse los correspondientes récipes originales de prescripción.
- d) El material médico quirúrgico y los suministros serán indemnizados contra la presentación del desglose de su consumo y costo facturado por parte de la Institución Hospitalaria, siempre que hayan sido medicamente necesarios para el tratamiento de la enfermedad ocupacional o la lesión producida por el accidente de trabajo.
- e) Los gastos hospitalarios cubiertos se refieren exclusivamente al servicio de habitación corriente (distinta a habitaciones especiales o de lujo, suites y semi-suites), los cuales incluyen la alimentación del paciente, conforme a la prescripción facultativa, y hasta por el máximo del costo de la habitación privada corriente en la institución hospitalaria. Además, están cubiertos los gastos por uso de teléfono (llamadas locales), admisión, uso de la televisión del cuarto ocupado por el paciente y el costo de pernoctas del acompañante, cuando ocupe la misma habitación que del paciente. No se consideran gastos cubiertos otros gastos hospitalarios diferentes a los antes mencionados y los que genere el acompañante por concepto de alimentación.
- f) El servicio de enfermera particular estará amparado, siempre que sea prestado dentro de la institución hospitalaria y ordenado por el médico tratante, en virtud de la enfermedad ocupacional o lesión producida por el accidente de trabajo, dada la gravedad del paciente y la necesidad de atención especializada. La enfermera debe ser profesional graduada, legalmente facultada para ejercer la profesión y no tener parentesco con el trabajador o trabajadora afectada, dentro del segundo grado de consanguinidad, ni convivir con este.
- g) Están cubiertos los gastos por concepto de prótesis: Oculares, de cadera, de miembros superiores e inferiores, cardiovasculares, articulares, de vías digestivas, derivaciones ventriculoperitoneales, marcapasos cardíacos, así como las dentales, auditivas, testiculares, de mamas, que podrían ser requeridas por la pérdida de órganos o miembros como consecuencia de enfermedades ocupacionales o accidentes de trabajo sufridas por el trabajador o trabajadora del Asegurado, que hayan sido diagnosticadas, tratadas y amparadas durante la vigencia del contrato y cuya indicación médica sea de carácter, uso e instalación permanente.

Es requisito indispensable para gozar del beneficio establecido en el presente literal, el Asegurador deberá suministrar la prótesis requerida de acuerdo con la disponibilidad y/o existencia de la misma en su red de

proveedores de suministros médicos-quirúrgicos. En caso que no exista disponibilidad de la prótesis en la referida red, el Asegurado podrá adquirirla, previo acuerdo con el Asegurador.

- h)** Están cubiertos los gastos para la adquisición de muletas, de miembros y ojos artificiales y de sillas de ruedas manuales que se requieran para uso permanente, como consecuencia de un accidente de trabajo y enfermedad ocupacional, del trabajador o trabajadora del Asegurado, amparada por la Póliza.
- i)** Están cubiertos los gastos de alquiler por concepto de aparatos ortopédicos, sillas de ruedas manuales y camas especiales, así como equipos para la administración de oxígeno, respiradores artificiales, otros equipos para el tratamiento médico de parálisis respiratoria y en general, todos aquellos relacionados con cualquier clase de equipos especiales. Cuando el costo del alquiler por el tiempo estimado de uso, de acuerdo al criterio del médico tratante, supere el costo de adquisición, el Asegurador podrá efectuar la compra de estos y una vez culminado el proceso de rehabilitación del trabajador o trabajadora afectada, o la utilización de estos aparatos o equipos, se deberá, efectuar su devolución de los mismos al Asegurador, dentro de los treinta (30) días continuos siguientes.
- j)** Están cubiertos los gastos por concepto de pruebas, quimioterapia, radioterapia, análisis y exámenes, fluoroscopias, radiografías, isótopos radioactivos, electrocardiogramas, ultrasonidos, metabolismo y exámenes de sangre y otros similares, que guarden relación con el tratamiento de la enfermedad ocupacional o lesión producida por un accidente de trabajo, se consideran cubiertos en caso de haber sido expresamente ordenados por un médico y se requieran en el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad ocupacional o lesión producida por un accidente de trabajo, amparado por la Póliza.
- k)** La cobertura que ofrece la presente Póliza, se extiende a tratamientos dentales que sean originados como consecuencia de un accidente de trabajo que ocurra durante la vigencia del seguro, debidamente notificado y comprobado por el Asegurador, en el momento de su ocurrencia a través de informe de especialistas y radiografías de la lesión sufrida al momento de la ocurrencia del evento, siempre que el accidente de trabajo se encuentre amparado bajo las Condiciones Generales y Particulares de esta Póliza y que los gastos globales que se originen por un tratamiento o intervención se realicen como máximo dentro de los noventa (90) días continuos y siguientes a la fecha de ocurrencia del mismo.
- l)** Están cubiertos los gastos por atención ambulatoria, para intervenciones quirúrgicas.
- m)** Los gastos por concepto de honorarios médicos por intervención quirúrgica en forma ambulatoria o con hospitalización están limitados a un (1) cirujano, hasta un máximo de dos (2) ayudantes y un (1) anestesiólogo, que participen en la intervención o intervenciones quirúrgicas relacionadas con el accidente de trabajo o enfermedad ocupacional. Estos honorarios médicos, como las demás partidas cubiertas, están sujetos al límite máximo de la Suma Asegurada establecida en la Póliza. En caso de tratamiento ambulatorio, los honorarios médicos serán indemnizados contra la presentación de facturas originales totalmente canceladas y debidamente identificadas con el nombre del médico, su especialidad número de Registro de Información Fiscal (RIF) número de inscripción en el Ministerio con competencia en materia de salud, número de cédula de identidad e indicación del servicio médico efectuado. Si en el curso de una misma hospitalización o acto quirúrgico, el trabajador afectado o la trabajadora afectada, es atendido por dos o más cirujanos, o si se efectúan dos o más intervenciones quirúrgicas por la misma enfermedad ocupacional o accidente de trabajo, éstas serán consideradas como una sola a los efectos de la indemnización. Si se presentan accidentes y/o complicaciones y enfermedades directas o indirectas originadas por la afección primaria, durante el curso de la hospitalización o que requieran nueva hospitalización, la indemnización en ningún caso excederá por cada trabajador o trabajadora, hasta la cantidad máxima establecida como Suma Asegurada, para la cobertura opcional de la Póliza. En el caso de dos (2) o más intervenciones quirúrgicas practicadas en un mismo acto quirúrgico, el Asegurador

pagará de la siguiente manera: el ciento por ciento (100%) de la de mayor costo, cincuenta por ciento (50%) de la siguiente y veinticinco por ciento (25%) del costo de cada una de las siguientes, sin exceder en ningún caso de la Suma Asegurada de la cobertura opcional de la Póliza.

- n) Están cubiertos los gastos por atención médica recibida en instituciones hospitalarias públicas e instituciones benéficas, los cuales serán pagados exclusivamente contra la presentación de facturas y soportes originales que demuestren la cancelación de los gastos incurridos, siempre que estén cubiertos por esta Póliza.
- o) Están cubiertos los gastos por concepto de rehabilitación, prescrita por el médico tratante y practicada por profesionales autorizados en la materia, destinada a la recuperación de la capacidad física perdida como consecuencia de una enfermedad ocupacional o de un accidente de trabajo, amparado por la presente Póliza, previa aprobación por parte del departamento médico del Asegurador, el cual de acuerdo al tipo de lesión determinará el número de sesiones y el monto máximo a indemnizar.
- p) Están amparados los gastos por concepto de intervención quirúrgica de tipo reconstructiva originada por un proceso maligno en órgano afectado por una enfermedad ocupacional, u originado por una lesión sufrida, debida a un accidente de trabajo, ocurrido durante la vigencia de la Póliza, debidamente notificado y comprobado al Asegurador, para ser indemnizado bajo la misma, la intervención quirúrgica a que diere lugar, deberá ser realizada dentro de los ciento ochenta (180) días continuos y siguientes a dicho evento.
- q) Están cubiertos los servicios hospitalarios o clínicos suministrados por la institución hospitalaria en virtud del tratamiento médico o intervención quirúrgica amparada y otorgada al trabajador afectado o trabajadora afectada, no considerándose entre estos, el costo correspondiente a los servicios de analgesia post-operatoria, los costos administrativos de la institución hospitalaria que se trasladan al paciente, como son: gastos de cobranza, limpieza, microfilm, historias clínicas, estacionamiento, misceláneos, impuestos y otros costos no definidos ni relacionados con el tratamiento de la enfermedad ocupacional o de la lesión producida por el accidente de trabajo.
- r) El Asegurador efectuará las indemnizaciones de los gastos cubiertos según la presente Póliza en la República Bolivariana de Venezuela y en moneda nacional. En los casos en que el gasto sea incurrido en el exterior, toda la documentación a presentar deberá estar legalmente traducida al idioma castellano y las facturas debidamente canceladas. La indemnización se efectuará en moneda nacional, dentro de los treinta (30) días hábiles al recibo en la oficina del Asegurador, de toda la documentación requerida, a la tasa de cambio oficial para la venta vigente, establecida por el Banco Central de Venezuela, para el momento de ocurrencia del reclamo y siempre que la reclamación resulte válida según las condiciones de esta Póliza, realizando la indemnización como si dicha operación, hospitalización o tratamiento se hubiese efectuado en la República Bolivariana de Venezuela, en la fecha en que ocurrió el evento.

## **CLÁUSULA 24.- DEBERES DEL TOMADOR O ASEGURADO EN CASO DE SINIESTROS, CORRESPONDIENTE AL CAPITULO II**

---

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

1. Notificar al Asegurador dentro de los treinta (30) días continuos siguientes de haber conocido la ocurrencia del evento. En caso de duda en cuanto a la determinación de la fecha de ocurrencia del Siniestro, la fecha de referencia para efecto de la Póliza, será la que corresponda a la fecha, en que el trabajador o trabajadora acudió a un servicio de asistencia médica, con signos o síntomas que a juicio del médico tratante están relacionados íntimamente con el accidente de trabajo o la enfermedad ocupacional, o la fecha que fue notificado al Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laboral (INPSASEL), lo primero que ocurra.
2. Suministrar dentro de los treinta (30) días continuos, siguientes a la fecha del conocimiento del hecho o dentro de cualquier otro plazo que haya concedido el Asegurador, los siguientes recaudos:
  - 2.1. Carta narrativa del hecho por parte del Empleador o Empleadora, indicando de forma amplia y clara las circunstancias, lugar y actividades en las cuales se presume, se generó la enfermedad ocupacional o accidente de trabajo.
  - 2.2. Fotocopia de la cédula de identidad del trabajador o trabajadora afectado(a).
  - 2.3. Documento en original y fotocopia que vincule al trabajador o trabajadora afectado(a) con el Asegurado, correspondiente al período en el cual ocurrió el hecho que originó la reclamación.

### **En caso de muerte y gastos funerarios:**

- 2.4. Original y fotocopia del certificado de defunción.

### **En caso de Gran Discapacidad; Discapacidad permanente; Discapacidad temporal; Gastos por asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica y Hernias:**

- 2.5. Original y fotocopia del informe emitido por el médico tratante. Este informe deberá indicar el tratamiento médico o quirúrgico realizado y deberá tener adjuntos los exámenes médicos complementarios que sirvieron de base para el diagnóstico.
- 2.6. En caso de Discapacidad temporal, el informe del médico tratante, deberá indicar el tratamiento médico o quirúrgico realizado, así como el período de reposo indicado, incluyendo las sesiones de terapia o rehabilitación que fuere necesario.
- 2.7. En caso de que los gastos de asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica (incluyendo hernias) sean tramitados bajo reembolso, deberá incluir original de las facturas de gastos médicos o farmacéuticos pagadas. Estas facturas deberán cumplir con la normativa legal exigida por el SENIAT y las facturas por gastos farmacéuticos deberán tener Anexo los récipes médicos. De igual manera, las facturas por servicios de laboratorio deberán tener anexas la orden del médico y los resultados de los exámenes practicados.
- 2.8. En caso de que los gastos de asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica (incluyendo hernias) sean tramitados bajo carta aval, contrariamente a lo indicado en el numeral 2.7 que antecede, deberá anexar original del presupuesto del tratamiento a realizar, el cual debe incluir gastos de clínica y honorarios médicos.

**En caso de reclamaciones derivadas por enfermedad ocupacional:**

- 2.9. En todos los casos donde la reclamación tenga origen de una enfermedad ocupacional, deberá incluir la certificación en original y fotocopia del carácter ocupacional de la enfermedad, emitida por el Instituto Nacional de Salud y Seguridad Laborales (INPSASEL). Este requisito aplica igualmente, cuando los casos de Hernias sean tramitadas bajo reembolso.
- 3. Cualquier otro documento justificativo que el Asegurador directamente, o por mediación de los representantes que el designe, considere necesario con referencia al origen, la causa, circunstancia o determinación de la prestación dineraria a que hubiere a lugar.

**CLÁUSULA 25.-  
 RECLAMACIONES Y PAGO DE INDEMNIZACIONES DEL CAPITULO II**

Para la validez de las coberturas de esta Póliza, deben presentarse en forma concurrente las siguientes condiciones:

- 1. El accidente de trabajo o enfermedad ocupacional debe haber ocurrido dentro de la vigencia de la Póliza, entendiéndose ésta, como la suma de las vigencias de los diferentes períodos de la Póliza, que de manera ininterrumpida permanezcan en vigor con el Asegurador;
- 2. El Tomador o Asegurado cumpla con los plazos de notificación de siniestro, establecido en el numeral 1. de la CLÁUSULA 24.- DEBERES DEL TOMADOR O ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO, CORRESPONDIENTE AL CAPITULO II.

**CLÁUSULA 26.-  
 DEFENSOR DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO**

El Tomador, Asegurado o Beneficiario cuenta en todo momento con la atención del Defensor del Tomador, Asegurado o Beneficiario de la Actividad Aseguradora, y en caso de cualquier denuncia, queja, reclamo o sugerencia podrán acudir a la Oficina de Atención Ciudadana de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, o comunicarse a través de los mecanismos dispuestos para ellos.

POR LA EMPRESA DE SEGURO	EL TOMADOR
--------------------------	------------