



Póliza de Seguros de Responsabilidad Empresarial

CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES

Vivir Seguros, C.A. que en adelante será denominada LA EMPRESA DE SEGUROS, inscrita por ante el Registro Mercantil Segundo de la Circunscripción Judicial del Distrito Federal y Estado Miranda, en fecha 02 de diciembre de 1992, bajo el N° 12, Tomo 110-A, modificada su denominación comercial según consta en Acta de Asamblea General Extraordinaria de Accionista inscrita por ante el mismo Registro Mercantil, en fecha 11 de febrero de 2014, bajo el N° 64, Tomo 8-A-SDO, reformados sus estatutos mediante Acta de Asamblea General Ordinaria de Accionista, inscrita por ante el mismo Registro Mercantil, en fecha 28 de agosto de 2003, bajo el N° 65, Tomo 119-A-Sgdo, e identificada bajo el Registro de Información Fiscal (RIF) N° J-30067374-0. Ubicada en Av. Alameda Esquina Av. Venezuela, Edif. Aldemo, Torre 3, Of 3 Urb. El Rosal, Municipio Chacao, Estado Miranda, Caracas, representada por la persona que se encuentra plenamente identificada en el CUADRO PÓLIZA de este contrato de seguro, incluyendo el carácter con el que actúa y el documento de cual derivan sus facultades, emite la presente Póliza.

Aprobado por la Superintendencia de Seguros mediante Oficio N° 21410 de fecha 26 de junio del 2013.

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD EMPRESARIAL

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA 1: OBJETO DEL SEGURO

En virtud de las declaraciones presentadas por el tomador o/y el asegurado contenidas en la solicitud del seguro que forman parte integral de la póliza Vivir Seguros, C.A en adelante denominada empresa de seguros garantiza al asegurado la indemnización a que este obligado a efectuar a cualquiera de sus trabajadores en virtud de lo establecido en la ley orgánica de prevención, condiciones y medio ambiente del trabajo, por las consecuencias de enfermedades ocupacionales y accidentes de trabajo ocurridos durante la vigencia de la póliza y en los cuales tenga responsabilidad por no haber cumplido con las obligaciones fijadas de dicha ley

CLÁUSULA 2: DEFINICIONES

EMPRESA DE SEGUROS: Vivir Seguros, C.A. con inscripción en el Registro de Información Fiscal (R.I.F.) N° J-30067374-0 debidamente inscrita en el Registro Mercantil Segundo de la Circunscripción Judicial del Distrito Capital y Estado Miranda en fecha 02 de diciembre de 1992, bajo el N° 12, Tomo 110-A, modificada su denominación comercial según consta en Acta de Asamblea General Extraordinaria de Accionista inscrita por ante el mismo Registro Mercantil, en fecha 11 de febrero de 2014, bajo el N° 64, Tomo 8-A-SDO, reformados sus estatutos mediante Acta de Asamblea General Ordinaria de Accionista, inscrita por ante el mismo Registro Mercantil, en fecha 28 de agosto de 2003, bajo el N° 65, Tomo 119-A-Sgdo, e identificada bajo el Registro de Información Fiscal (RIF) N° J-30067374-0. Inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el N° 108, ubicada en la Avenida Venezuela, cruce con Calle Alameda, Edificio Aldemo, Urbanización El Rosal, Caracas, quien asume los riesgos cubiertos en las Condiciones Particulares y Anexos, si los hubiere, basándose en las declaraciones del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario y se obliga al pago de las indemnizaciones correspondientes de conformidad con las Condiciones Generales, Particulares y Anexos si los hubiere.

TOMADOR: Persona Jurídica que obrando por cuenta propia o ajena, traslada los riesgos a la Empresa de Seguros y se obliga al pago de la prima.

ASEGURADO: Persona Jurídica que en sus bienes o en sus intereses económicos está expuesta a los riesgos cubiertos indicados en las Condiciones Particulares y Anexos de la póliza.

BENEFICIARIO: Persona Natural o Jurídica a favor de quien se ha establecido la indemnización que deba pagar la Empresa de Seguros.

DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DEL CONTRATO: las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, la solicitud de seguro, el Cuadro Póliza y los Anexos que se emitan para complementar o modificar la póliza.

CUADRO PÓLIZA: Documento donde se indican los datos particulares de la póliza; como CRGRIRP41V01

son: Número de la póliza, nombre del Tomador, Asegurado y Beneficiarios, identificación completa de la Empresa de Seguros, dirección del Tomador, dirección de cobro, nombre del intermediario de seguros, riesgos cubiertos, suma asegurada, monto de la prima, forma y lugar de pago, período de vigencia, porcentaje de indemnización, deducible y firmas de la Empresa de Seguros y del Tomador.

SOLICITUD DE SEGURO: Es el cuestionario suministrado por la Empresa de Seguros y contestado por el Tomador y/o Asegurado, donde éstos declaran con sinceridad y exactitud todas las circunstancias necesarias para identificar y apreciar la extensión de los riesgos se indican los datos particulares de la Póliza, a saber: identificación completa del Tomador, Asegurados y Beneficiarios, identificación de la Empresa de Seguros, dirección de cobro del Tomador y dirección del Asegurado, dirección del riesgo, teléfono(s), datos del intermediario de seguros, riesgos cubiertos, suma asegurada, firma del Tomador y del Asegurado y demás datos referentes al riesgo.

CONDICIONES PARTICULARES: Aquellas que contemplan aspectos concretamente relativos al riesgo que se asegura.

PRIMA: Es la única contraprestación pagadera en dinero por el Tomador a la Empresa de Seguros.

SUMA ASEGURADA: Es el límite máximo de responsabilidad de la Empresa de Seguros y que está indicado en el Cuadro Póliza.

CLÁUSULA 3: EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

La Empresa de Seguros no estará obligada 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 éstos, presenta una reclamación fraudulenta o engañosa, o si en cualquier tiempo emplea medios o documentos engañosos o dolosos para sustentar una reclamación o para derivar otros beneficios.**
- 2. Si el Tomador o el Asegurado actúa con dolo o si el siniestro ha sido ocasionado por dolo del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario.**
- 3. Si el Tomador o el Asegurado actúa con culpa grave o si el siniestro ha sido ocasionado por culpa grave del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario. No obstante, la Empresa de Seguros estará obligada al pago de la indemnización si el siniestro ha sido ocasionado en cumplimiento de deberes legales de socorro o en tutela de intereses comunes con la Empresa de Seguros en lo que respecta a la póliza.**
- 4. Si el siniestro se inicia antes de la vigencia de la póliza y continúa después de que los riesgos hayan comenzado a correr por cuenta de la Empresa de Seguros.**
- 5. Otras exoneraciones de responsabilidad que se establezcan en las Condiciones Particulares y Anexos de la póliza.**

CRGRIRP41V01

CLÁUSULA 4: VIGENCIA DE LA PÓLIZA

La Empresa de Seguros asume las consecuencias de los riesgos cubiertos a partir de la fecha de la celebración del contrato de seguro, lo cual se producirá una vez que el Tomador notifique su consentimiento a la proposición formulada por la Empresa de Seguros o cuando ésta participe su aceptación a la solicitud efectuada por el Tomador, según corresponda. En todo caso, la vigencia del contrato se hará constar en el Cuadro Póliza, con indicación de la fecha en que se emita, la hora y día de su inicio y vencimiento.

CLÁUSULA 5: RENOVACIÓN

Salvo disposición en contrario establecida en las Condiciones Particulares, la póliza se entenderá renovada automáticamente al finalizar el último día del período de vigencia anterior y por un plazo igual, entendiéndose que la renovación no implica una nueva póliza, sino la prórroga de la anterior. La prórroga no procederá si una de las partes notifica a la otra su voluntad de no prorrogar, mediante una notificación escrita a la otra parte dirigida al último domicilio que conste en la póliza, efectuada con un plazo de por lo menos un (1) mes de anticipación al vencimiento del período de vigencia en curso.

CLÁUSULA 6: PLAZO DE GRACIA

Con el fin de no causar interrupciones en la protección ofrecida por esta Póliza, el Asegurado debe efectuar el pago de las Primas de futuros períodos, a más tardar el mismo día en que termina el período anterior. No obstante esto, la Empresa de Seguros otorga al Asegurado un período de gracia de (30) días continuos y siguientes al de la expiración del período anterior pagado, durante cuyo plazo puede efectuar el pago de la Prima correspondiente al período siguiente, con la particularidad, además, que durante el mencionado período de gracia continúa el Seguro en todo su vigor, y que éste cesa solamente al término del período de gracia señalado en cada caso. Si durante el período de gracia señalado ocurriera algún Siniestro amparado bajo las condiciones de esta Póliza, se procederá de acuerdo a lo siguiente: Sí el monto de los gastos cubiertos de la reclamación es igual o superior al monto de la Prima, se descontará del monto a indemnizar del Siniestro la Prima correspondiente a la vigencia del Seguro. Sí el monto de los gastos cubiertos de la reclamación es menor a la Prima pendiente, el Tomador deberá pagar antes de finalizar el Plazo de Gracia establecido la diferencia existente entre la Prima y dicho monto. No obstante, si el Tomador se negase o no pudiese pagar la diferencia de Prima antes de finalizar el Plazo de Gracia, el contrato se considerará prorrogado solamente por el período de tiempo que resultare de dividir el monto del Siniestro indemnizable entre la Prima completa que corresponda al mismo período de la cobertura anterior multiplicando por el número de días que contenga dicho período.

La falta de pago de la Prima en el tiempo establecido en el párrafo anterior, se entenderá como la voluntad del Tomador de anular la Póliza, quedando ésta sin validez ni efecto alguno.

CLÁUSULA 7: PRIMAS

El Tomador debe la prima desde el momento de la celebración del contrato, pero aquella no CRGRIRP41V01

será exigible sino contra la entrega por parte de la Empresa de Seguros de la póliza, del Cuadro Póliza o de la Nota de Cobertura Provisional. En caso de que la prima no sea pagada en la fecha de su exigibilidad o se haga imposible su cobro por causa imputable al Tomador, la Empresa de Seguros tendrá derecho a resolver la póliza o a exigir el pago de la prima debida con fundamento en la póliza. El pago de la prima solamente conserva en vigor la póliza por el tiempo al cual corresponde dicho pago, según se haga constar en la póliza. Las primas pagadas en exceso no darán lugar a responsabilidad alguna por parte de la Empresa de Seguros por dicho exceso, sino única y exclusivamente al reintegro sin intereses de dichas primas.

CLÁUSULA 8: DECLARACIONES FALSAS EN LA SOLICITUD

La Empresa de Seguros deberá participar al Tomador, en un lapso de cinco (5) días hábiles, que ha tenido conocimiento de un hecho no declarado en la solicitud de seguro, que pueda influir en la valoración del riesgo, y podrá ajustar o resolver la póliza mediante comunicación dirigida al Tomador, en el plazo de un (1) mes contado a partir del conocimiento de los hechos que se reservó o declaró con inexactitud el Tomador o el Asegurado. En caso de resolución ésta se producirá a partir del decimosexto (16°) día siguiente a su notificación, siempre y cuando la devolución de la prima correspondiente se encuentre a disposición del Tomador en la caja de la Empresa de Seguros. Corresponderán a la Empresa de Seguros las primas relativas al período transcurrido hasta el momento en que se haga esta notificación. La Empresa de Seguros no podrá resolver la póliza cuando el hecho que ha sido objeto de reserva o inexactitud ha desaparecido antes del siniestro.

Si el siniestro sobreviene antes de que la Empresa de Seguros haga la participación a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de ésta se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese establecido de haber conocido la verdadera entidad del riesgo. Cuando la póliza cubra varios bienes o intereses y la reserva o inexactitud se contrajese sólo a uno o varios de ellos, la póliza subsistirá con todos sus efectos respecto a los restantes.

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

CLÁUSULA 9: TERMINACIÓN ANTICIPADA

La Empresa de Seguros podrá dar por terminada esta póliza, con efecto a partir del decimosexto (16°) día siguiente a la fecha del acuse de recibo de la comunicación que a tal fin envíe al Tomador, siempre y cuando se encuentre en la caja de la Empresa de Seguros, a disposición del Tomador, el importe correspondiente a la parte proporcional de la prima no consumida por el período que falte por transcurrir. A su vez, el Tomador podrá dar por terminada la póliza, con efecto a partir del día hábil siguiente al de la recepción de su comunicación escrita por parte de la Empresa de Seguros, o de cualquier fecha posterior que señale en la misma. En este caso, dentro de los quince (15) días continuos siguientes, la Empresa de Seguros deberá poner a disposición del Tomador la parte proporcional de la CRGRIRP41V01

prima, deducida la comisión pagada al Intermediario de seguros, correspondiente al período que falte por transcurrir. La terminación anticipada se efectuará sin perjuicio del derecho del Beneficiario a indemnizaciones por siniestros ocurridos con anterioridad a la fecha de terminación anticipada, en cuyo caso no procederá devolución de prima cuando la indemnización sea por pérdida total.

CLÁUSULA 10: PLURALIDAD DE SEGUROS

Cuando un interés estuviese asegurado contra el mismo riesgo por dos o más aseguradoras, aun cuando el conjunto de las sumas aseguradas no sobrepase el valor asegurable, el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario estará obligado a poner en conocimiento de tal circunstancia a todas las aseguradoras, por escrito y en un plazo de cinco (5) días hábiles, contado a partir de la fecha en que el Asegurado tuvo conocimiento de la ocurrencia del siniestro.

Las aseguradoras contribuirán al abono de la indemnización en proporción a la suma propia asegurada, sin que pueda superarse la cuantía del daño. Dentro de ese límite el Asegurado o el Beneficiario puede pedir a cada aseguradora la indemnización debida según la respectiva póliza. La aseguradora que ha pagado una cantidad superior a la que proporcionalmente le corresponda, podrá repetir contra el resto de las aseguradoras, a menos que éstas hayan pagado lo que le corresponda según el límite de su cobertura, en cuyo caso la repetición procederá contra el Beneficiario.

En caso de contrataciones de buena fe de una pluralidad de seguros, incluso por una suma total superior al valor asegurado, esta póliza será válida y obligará a la Empresa de Seguros a pagar hasta el valor del daño sufrido, dentro de los límites de la que hubiese asegurado, proporcionalmente a lo que le corresponda en virtud de las otras pólizas celebradas.

En caso de siniestro el Beneficiario no podrá renunciar a los derechos que le correspondan según la póliza o aceptar modificaciones a la misma con la Empresa de Seguros, en perjuicio de las restantes aseguradoras.

CLÁUSULA 11: PAGO DE INDEMNIZACIONES

La Empresa de Seguros tendrá la obligación de indemnizar el monto de la pérdida, destrucción o daño cubierto dentro de un plazo que no podrá exceder de treinta (30) días continuos, contados a partir de la fecha en que la Empresa de Seguros haya recibido el ajuste de pérdida o investigación correspondiente, si fuere el caso, y el Asegurado haya entregado toda la información y recaudos requeridos por la Empresa de Seguros para liquidar el siniestro. En los supuestos de siniestros catastróficos dicho plazo se extenderá a sesenta (60) días hábiles.

CLÁUSULA 12: RECHAZO DEL SINIESTRO

La Empresa de Seguros deberá notificar por escrito al Tomador, Asegurado y/o Beneficiarios dentro del plazo señalado en la cláusula anterior, las causas de hecho y de derecho que a su CRGRIRP41V01

juicio justifican el rechazo total o parcial de la indemnización exigida. Esta obligación existirá también cuando la Empresa de Seguros pague sólo parte de la indemnización reclamada.

CLÁUSULA 13: 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 podrá actuar 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 14: CADUCIDAD

El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario perderán todo derecho a ejercer acción judicial contra la Empresa de Seguros o convenir con ésta el Arbitraje previsto en la cláusula anterior, si no lo hubiere hecho antes de transcurrir el plazo que se señala a continuación:

1. En caso de rechazo del siniestro, un (1) año contado a partir de la fecha de notificación del rechazo.
2. En caso de inconformidad con el pago de la indemnización, un año (1) contado a partir de la fecha en que la Empresa de Seguros hubiere efectuado el pago.
En todo caso, el plazo de caducidad siempre será contado desde el momento en que haya un pronunciamiento por parte de la Empresa de Seguros.
A los efectos de esta cláusula se entenderá iniciada la acción judicial una vez que sea consignado el libelo de demanda por ante el tribunal competente.

CLÁUSULA 15: PRESCRIPCIÓN

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

CLÁUSULA 16: SUBROGACIÓN DE DERECHOS

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

CRGRIRP41V01

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

El Asegurado o Beneficiario no podrá, en ningún momento, renunciar a sus derechos de recobrar de otras personas los daños y pérdidas que éstas le hubiesen ocasionado, bajo pena de perder todo derecho a indemnización por la póliza.

En caso de siniestro, el Asegurado o Beneficiario está obligado a realizar a expensas de la Empresa de Seguros los actos que ésta razonablemente le exija o que sean necesarios, con el objeto de que la Empresa de Seguros ejerza los derechos que le corresponda por subrogación, sean antes o después del pago de la indemnización.

CLÁUSULA 17: MODIFICACIONES

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

Las modificaciones se harán constar mediante Anexos, debidamente firmados por un representante de la Empresa de Seguros y el Tomador, el Asegurado y/o Beneficiario los cuales prevalecerán sobre las Condiciones Particulares y éstas sobre las condiciones generales de la Póliza.

Si la modificación requiere pago de Prima adicional se aplicará lo dispuesto en la cláusula 4 (Vigencia de la Póliza) y 7 (Primas) de estas Condiciones Generales.

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

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

CLÁUSULA 18: AVISOS

Todo aviso o comunicación que una parte deba dar a la otra respecto a la póliza deberá hacerse mediante comunicación escrita o telegrama, con acuse de recibo, dirigido al domicilio principal o sucursal de la Empresa de Seguros o a la dirección del Tomador o del Asegurado que conste en la póliza, según sea el caso. Las comunicaciones entregadas a un intermediario de seguros producen el mismo efecto que si hubieren sido entregadas a la otra parte.

CRGRIRP41V01

CLÁUSULA 19: DOMICILIO

Para todos los efectos y consecuencias derivadas o que puedan derivarse de la póliza, las partes eligen como domicilio especial, único y excluyente de cualquier otro, la ciudad donde se celebró el Contrato.

CONDICIONES PARTICULARES

CLÁUSULA 1: DEFINICIONES PARTICULARES

Para todos los fines relacionados con esta Póliza, queda expresamente convenido que las siguientes definiciones tendrán la acepción que se les asigna seguidamente:

ACCIDENTE DE TRABAJO: Se entiende por 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:

1. La lesión interna determinada por un esfuerzo violento o producto de la exposición a agentes físicos, mecánicos, químicos, biológicos, psicosociales, condiciones meteorológicas sobrevenidos en las mismas circunstancias.
2. Los accidentes acaecidos en actos de salvamento y en otros de naturaleza análoga, cuando tengan relación con el trabajo.
3. Los accidentes que sufra el trabajador o 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.
4. 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.

ENFERMEDAD OCUPACIONAL: Aquellos 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.

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

CRGRIRP41V01

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

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

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

NÓMINA: Representa el total de recursos monetarios que requiere el Patrono para cubrir el pago de las diferentes cantidades que conforman el salario de todos sus Trabajadores y Aprendices.

CLÁUSULA 2: COBERTURA BÁSICA

La Empresa de Seguros indemnizará al Asegurado, hasta el límite de responsabilidad indicado en el Cuadro Póliza, los montos que esté obligado a pagar a sus Trabajadores que figuren en su nómina o a los causahabientes de éstos, con motivo de la responsabilidad que le impone la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo y de conformidad con los términos y condiciones de esta Póliza, a consecuencia de enfermedades ocupacionales o accidentes de trabajo, ocurridos durante la vigencia de esta Póliza.

Las consecuencias de los accidentes de trabajo o de las enfermedades ocupacionales que dan derecho a indemnización son:

- 1. Discapacidad Temporal:** Es la contingencia que, a consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad ocupacional, imposibilita al Trabajador amparado para trabajar por un tiempo determinado. La indemnización será el equivalente al doble del salario correspondiente a los días que hubiere durado el reposo por dicha incapacidad, sin exceder en ningún caso el tiempo máximo estipulado en la mencionada Ley, para que el Trabajador permanezca con una discapacidad temporal.
- 2. Discapacidad Parcial Permanente:** Es la contingencia que, a consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad ocupacional, genera en el Trabajador una disminución parcial y definitiva menor del 67% de su capacidad física o intelectual para el trabajo. Si la discapacidad es menor o igual al 25%, la

CRGRIRP41V01

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

3. **Discapacidad Total Permanente para el trabajo habitual:** Es la contingencia que, a consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad ocupacional, genera en el Trabajador una disminución mayor o igual al 67% de su capacidad física, intelectual o ambas, que le impiden el desarrollo de las principales actividades laborales inherentes a la ocupación u oficio habitual que venía desarrollando antes de la contingencia, siempre que se conserve capacidad para dedicarse a otra actividad laboral distinta. La indemnización será el equivalente al salario correspondiente a no menos de tres (3) años ni más de seis (6) años, contados por días continuos.
4. **Discapacidad Absoluta Permanente para cualquier tipo de actividad laboral:** Es la contingencia que, a consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad ocupacional, genera en el Trabajador una disminución total y definitiva mayor o igual al 67% de su capacidad física, intelectual o ambas, que lo inhabilita para realizar cualquier tipo de oficio o actividad laboral. La indemnización será el equivalente al salario correspondiente a no menos de cuatro (4) años ni más de siete (7) años, contados por días continuos.
5. **Gran Discapacidad:** Es la contingencia que, a consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad ocupacional, obliga al Trabajador a auxiliarse en otras personas para realizar los actos elementales de la vida diaria. Si está asociada a la discapacidad absoluta permanente, será el salario correspondiente a no menos de cinco (5) años ni más de ocho (8) años, contados por días continuos. Si está asociada a la discapacidad Temporal, la indemnización será al triple del salario correspondiente a los días que hubiere durado la incapacidad.
6. **Secuela o Deformaciones Permanentes:** La Empresa de Seguros ampara las secuelas o deformaciones permanentes provenientes de enfermedades ocupacionales o accidentes de trabajo, cuando estas hayan vulnerado la facultad humana del Trabajador más allá de la simple pérdida de su capacidad de ganancias, alterando la integridad emocional o psíquica del Trabajador lesionado. La indemnización será equivalente al salario correspondiente a cinco (5) años contados por días continuos.
7. **Muerte:** Cuando el Trabajador fallezca a consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad ocupacional, la indemnización será el equivalente al salario correspondiente a no menos de cinco (5) años ni más de ocho (8) años, contados por días continuos, y será pagadera a los beneficiarios del Trabajador.

Quando se haya hecho efectivo un pago por indemnización de discapacidad, y surgiera una agravación de la enfermedad ocupacional o accidente de trabajo, que produzca una nueva clasificación por parte del Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales, la Empresa de Seguros indemnizará solamente la diferencia

CRGRIRP41V01

que pueda existir entre el pago ya efectuado y la indemnización que corresponda de acuerdo a la nueva clasificación.

A los efectos de estas indemnizaciones, el salario base para el cálculo de las mismas será el salario integral devengado en el mes de labores inmediatamente anterior.

CLÁUSULA 3: COBERTURAS OPCIONALES

Mediante la contratación de estas coberturas el Tomador se obliga al pago de la prima adicional correspondiente contra la entrega por parte de la Empresa de Seguros del Cuadro Póliza, quedando entendido que el Asegurado estará amparado por las coberturas contratadas que deberán estar señaladas en el Cuadro Póliza.

1 ASISTENCIA LEGAL Y DEFENSA PENAL

La Empresa de Seguros indemnizará, hasta por el monto de la suma asegurada indicado en el Cuadro Póliza, todas aquellas sumas que el Asegurado esté obligado a desembolsar por Asistencia Legal, Defensa Penal y Costas Judiciales provenientes de reclamaciones por enfermedades ocupacionales o accidentes de trabajo que impliquen responsabilidad del Asegurado de acuerdo con la cobertura básica de esta Póliza.

3.2 GASTOS MÉDICOS

Si las lesiones sufridas por un Trabajador a consecuencia de enfermedades ocupacionales o accidentes de trabajo, dieran lugar a indemnización por cualquiera de los riesgos cubiertos por la cobertura básica de esta Póliza, la Empresa de Seguros reembolsará al Asegurado, hasta por el monto de la suma asegurada indicado en el Cuadro Póliza, los gastos que hubiera pagado por concepto de honorarios médico-quirúrgicos y farmacéuticos, relacionados con la atención de dicho Trabajador. No se consideran aquí amparados los gastos originados por el Servicio Médico propio del Asegurado, o por cualquier otro que tenga contratado, o con el cual mantenga algún convenio para la atención de sus trabajadores.

3.3 RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO POR INTENCIÓN, NEGLIGENCIA O IMPRUDENCIA

La Empresa de Seguros conviene en indemnizar al Asegurado por cualquier erogación que tenga que efectuar a cualquiera de sus Trabajadores por imposición de la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo, a consecuencia de enfermedades ocupacionales o accidentes de trabajo, resultantes de intención, negligencia o imprudencia como Patrono.

Queda entendido que las obligaciones bajo esta cobertura se aplicaran únicamente en exceso de las indemnizaciones que el Asegurado esté obligado a pagar a sus

CRGRIRP41V01

Trabajadores según lo previsto en el Título VIII, Capítulo IV, Artículo 130 de la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo.

La suma asegurada de esta cobertura en todo caso será el límite máximo de responsabilidad de la Empresa de Seguros bajo la misma, trátase de un solo Trabajador afectado, o de un evento con varios Trabajadores involucrados.

3.3 GASTOS DE ENTIERRO

Si un Trabajador fallece a consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad ocupacional, la Empresa de Seguros indemnizará al Asegurado, los gastos de entierro hasta por el monto de la suma asegurada indicada en el Cuadro Póliza para esta cobertura.

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

CLÁUSULA 4: EXÁMENES MÉDICOS

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

CLÁUSULA 5: EXCLUSIONES

La Empresa de Seguros no indemnizará los pagos que deba o haya efectuado el Asegurado en los siguientes casos:

- 1. Lesiones como consecuencia 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 intestina, guerra civil, poder militar o usurpación de poder, proclamación de estado de excepción, acto de terrorismo o cualquier acto de cualquier persona que actué en nombre de o en relación con cualquier organización que realice actividades dirigidas a la destitución por la fuerza del gobierno o influenciarlo mediante el terrorismo o la violencia.**
- 2. Lesiones causadas o provenientes de: Nacionalización, confiscación, incautación, requisa, comiso, embargo, secuestro, expropiación, destrucción o daño por orden de cualquier gobierno o autoridad pública legalmente constituida o de facto, cuando dicha destrucción no es ejecutada para detener la propagación de los daños causados por cualquier riesgo cubierto por esta Póliza.**

CRGRIRP41V01

- 3. Lesiones causadas o provenientes de: Radiaciones iónicas o contaminación por radioactividad resultantes de fisión o fusión nuclear, o desperdicios de las mismas; radiación, toxicidad, explosión u otras propiedades azarosas de cualquier conjunto nuclear o sus componentes.**
- 4. Lesiones como consecuencia de motín, conmoción civil, disturbios populares, disturbios laborales y daños maliciosos.**
- 5. Las lesiones corporales producidas por: movimientos sísmicos, inundaciones, tormenta, huracán, erupciones volcánicas y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos o de acontecimientos que por su magnitud y gravedad sean calificados por las autoridades competentes como de "catástrofe o calamidad nacional".**
- 6. Enfermedades Epidémicas y Endémicas declaradas oficialmente.**
- 7. Enfermedades ocupacionales contraídas con anterioridad a la entrada en vigencia de la Póliza, y que hayan sido declaradas y/o detectadas o diagnosticadas en los exámenes médicos practicados al Trabajador o Aprendiz en la fecha más cercana previa a la fecha de su ingreso en la Póliza.**
- 8. Secuelas de accidentes de trabajo ocurridos con anterioridad a la entrada en vigencia de la Póliza.**
- 9. Varices y sus complicaciones.**
- 10. Daño Moral.**
- 11. Gastos Médicos por Hernias de cualquier naturaleza y sus consecuencias.**
- 12. Gastos por servicios funerarios, cuando no se contrate la Cobertura Opcional de Gastos de Entierro.**
- 13. Accidentes de trabajo o enfermedades ocupacionales provenientes de desvanecimientos, síncope, infartos, desarreglo o trastorno mental, ataques de apoplejía y epilepsia, diabetes, alergias, rotura de aneurismas; así como las lesiones corporales relacionadas con acepciones similares y sus manifestaciones.**
- 14. Accidentes debido a situaciones de fuerza mayor ajena al trabajo; a menos que se comprobare la existencia de un riesgo especial.**
- 15. Cuando se trate de personas que ejecuten trabajos eventuales ajenos a la empresa del Asegurado.**
- 16. Cuando se trate de personas que ejecuten trabajos por cuenta del Asegurado en sus domicilios particulares.**

17. Cuando se trate de miembros de la familia del Asegurado o del propietario de la empresa, que trabajen exclusivamente por cuenta de éstos y que vivan bajo el mismo techo.

CLÁUSULA 6: PRIMEROS AUXILIOS

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

CLÁUSULA 7: PRIMA MÍNIMA EN DEPÓSITO

Por consiguiente, al finalizar cada período de vigencia, la Empresa de Seguros efectuará los ajustes correspondientes basados en la nómina real de sueldos, salarios y demás remuneraciones. Si la prima real obtenida después de efectuar tales ajustes resultare mayor a la prima mínima en depósito la Empresa de Seguros cobrará al Tomador y éste estará obligado a pagar la prima a favor de la Empresa de Seguros; asimismo, si la prima real obtenida resultare menor a la prima mínima en depósito, la Empresa de Seguros reintegrará al Tomador la prima excedente.

Al inicio de cada período de vigencia, fijado en el Cuadro Póliza, se determinará una prima mínima resultante de aplicar al monto estimado de sueldos, salarios y demás remuneraciones, las tasas de prima para esta Póliza. Por consiguiente, la prima en depósito a pagar es una prima estimada que es ajustable en virtud de las declaraciones de nómina que está obligado a hacer el Asegurado, según los términos establecidos en la Cláusula 8 de estas Condiciones Particulares referida a las Declaraciones Mensuales.

CLÁUSULA 8: DECLARACIONES MENSUALES

El Asegurado se compromete a declarar a la Empresa de Seguros, dentro de los primeros quince (15) días continuos de cada mes, la nómina real de sueldos, salarios y demás remuneraciones pagadas a todo el personal durante el mes anterior. Estas declaraciones mensuales servirán de base para el cálculo de la prima real definitiva. Las nóminas de pago serán consideradas por la Empresa de Seguros como una relación general de los trabajadores; quienes no figuren en las nóminas declaradas quedarán fuera del alcance del seguro.

La falta de presentación de las nóminas dentro del plazo indicado producirá la resolución del contrato y se aplicará lo dispuesto en la cláusula 9 (Terminación Anticipada) de las Condiciones Generales de esta Póliza.

CLÁUSULA 9: GASTOS PARA AMINORAR LAS CONSECUENCIAS DEL SINIESTRO

El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario deben emplear los medios que estén a su alcance para aminorar las consecuencias del siniestro. En este sentido, deberá tomar las
CRGRIRP41V01

medidas necesarias para una mejor y más rápida atención de los Trabajadores o Aprendices afectados, a fin de evitar reclamaciones por secuelas que no hubieren ocurrido de haberse atendido el caso oportunamente. Los gastos que se ocasionen en el cumplimiento de esta obligación, siempre que no sean inoportunos o desproporcionados, a los daños reducidos, serán por cuenta de la Empresa de Seguros, e incluso si tales gastos no han tenido resultados efectivos o positivos. En ausencia de pacto, se indemnizarán los gastos efectivamente originados, sin que esta indemnización, aunada a la del siniestro, pueda exceder de la suma asegurada.

El incumplimiento de este deber dará derecho a la Empresa de Seguros a reducir la indemnización en la proporción correspondiente, teniendo en cuenta la importancia de los daños derivados del mismo y el grado de culpa del Tomador, el Asegurado o el Beneficiario. Si en virtud de esta Póliza, a la Empresa de Seguros le corresponde sólo indemnizar una parte del daño causado por el siniestro, esta deberá reembolsar la parte proporcional de los gastos ocasionados para aminorar las consecuencias del siniestro, a menos que el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario haya actuado siguiendo las instrucciones de la Empresa de Seguros y haya demostrado que dichos gastos no eran razonables, en cuyo caso los gastos serán a costa de éste.

CLÁUSULA 10: INSPECCIONES

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

CLÁUSULA 11: EN CASO DE QUIEBRA O DE INSOLVENCIA DEL ASEGURADO

En caso de quiebra o de insolvencia del Asegurado, la Empresa de Seguros no dejará de cumplir su obligación de pagar las indemnizaciones estipuladas en esta Póliza, siempre que dichas indemnizaciones hubieren sido causadas por hechos anteriores a la insolvencia o quiebra. Si por causa de dicha insolvencia o quiebra no se satisficiera una reclamación hecha contra el Asegurado, mediante juicio instaurado por el damnificado o por otra persona que reclame por cuenta del mismo o subrogándose en los derechos de él, en cualquier caso el demandante podrá proceder contra la Empresa de Seguros basándose en los términos de esta Póliza y por la misma cantidad que se fije en la sentencia de dicho juicio, la cual nunca podrá exceder las sumas aseguradas por los cuales se extendiere la presente Póliza.

CLÁUSULA 12: DISPOSICIÓN LEGAL

De acuerdo a lo previsto en la Ley Orgánica del Trabajo, el pago de las indemnizaciones por las distintas incapacidades contempladas en la misma, y cubiertas por la presente Póliza, deberá estar determinado por Jueces de Primera Instancia del Trabajo y de Estabilidad

CRGRIRP41V01

Laborales, salvo el caso de transacciones o convenimientos que el Asegurado efectúe con la parte afectada, previa opinión de la Empresa de Seguros.

CLÁUSULA 13: PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIONES

Las reclamaciones según la presente Póliza, se procesarán sobre la base de la presentación de los documentos originales. Para tramitar un reclamo ante la Empresa de Seguros, el Tomador, el Asegurado, o el Beneficiario deberá(n):

- a) Tomar las providencias necesarias y oportunas para evitar que sobrevengan pérdidas ulteriores; salvo que demuestre que no fue posible debido a una causa extraña no imputable a él que lo exonere de responsabilidad.
- b) Dar aviso a la Empresa de Seguros dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes de haberlo conocido; salvo que demuestre que no fue posible debido a una causa extraña no imputable a él que lo exonere de responsabilidad.
- c) Notificarlo a las autoridades competentes en tiempo, forma y lugar.
- d) Suministrar dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha del siniestro o dentro de cualquier otro plazo mayor que le hubiere concedido la Empresa de Seguros:
 1. Un informe escrito sobre la investigación del accidente o incidente, con todas las circunstancias del siniestro en el cual detalle los nombres y apellidos, cédula de identidad, edad, profesión u ocupación y salario del Trabajador afectado, indicando además en forma amplia y clara las circunstancias, lugar y actividad en las cuales se produce el accidente de trabajo o la enfermedad profesional.
 2. Copia de la notificación de accidente laboral ante el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales.
 3. Fotocopia de la Forma 14-02 "Registro de Asegurado".
 4. Fotocopia de la Forma 14-03 "Participación de Retiro del Trabajador.
 5. Fotocopia de la Forma 14-73 "Certificado de Incapacidad".
 6. Fotocopia de la Forma "A" Ministerio del Trabajo.
 7. Fotocopia de la cédula de identidad del trabajador afectado.
 8. Original de la Evaluación médica (Examen Pre, Post Empleo, Pre vacaciones, Post vacaciones (según sea el caso), anexando examen y similares practicados por esa evaluación.
 9. Original y copia del informe del médico tratante estableciendo el diagnóstico (Firmado y Sellado). El informe deberá indicar el tratamiento médico o quirúrgico y, deberá tener anexos los exámenes complementarios (Radiografías, Tomografías,

CRGRIRP41V01

Resonancias) y cualquier otro examen practicado que haya permitido establecer el diagnóstico, con sus informes y facturas de cancelación, emitidas bajo los requerimientos del SENIAT.

10. Original y copia de facturas por gastos de farmacia, emitidas bajo requerimientos del SENIAT, con sus respectivos récipes.
 11. Original y copia de facturas por concepto de honorarios médicos, indicando servicio profesional facturado, emitidas bajo requerimientos del SENIAT.
 12. Original y copia de factura de Clínica, emitida bajo requerimientos del SENIAT, debidamente cancelada anexando desglose de rubros facturados (Con recibo de ingreso a Caja).
 13. Original y Copia de la Incapacidad establecida por el Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales.
 14. Original y Copia del Informe técnico de investigación sobre la calificación del origen laboral del accidente emitido por el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales.
 15. Original y copia de facturas por gastos de entierro, emitidas bajo requerimientos del SENIAT.
 16. Una relación detallada de otros seguros que existan sobre los mismos riesgos cubiertos bajo esta Póliza
- e) Tener el consentimiento por escrito de la Empresa de Seguros para efectuar algún cambio o modificación al estado de las cosas que pueda hacer más difícil o imposible la determinación de la causa del siniestro o del daño, a menos que tal cambio o modificación se imponga en favor del interés público o para evitar que sobrevenga un daño mayor.
- f) Abstenerse de efectuar algún pago extrajudicial y celebrar convenio, transacción o arreglo, imputables a la cobertura de la Póliza.

En los casos en que la Empresa de Seguros requiera documentos adicionales para la evaluación del siniestro, podrá solicitarlos por escrito y por una sola vez, siempre que dicha solicitud se efectúe como máximo dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha en que se entregó, el último de los documentos requeridos en esta cláusula. En este caso, se establece un plazo de quince (15) días hábiles para la presentación de los recaudos solicitados por la Empresa de Seguros contados a partir de la fecha de solicitud de los mismos.

CLÁUSULA 14: AGRAVACIÓN DEL RIESGO

El Tomador o el Asegurado deberán, durante la vigencia del contrato, comunicar a la Empresa de Seguros todas las circunstancias que agraven o puedan incrementar el riesgo y que sean de tal naturaleza que, si hubieran sido conocidas por ésta en el momento de la CRGRIRP41V01

celebración del contrato, no lo habría celebrado o lo habría celebrado en otras condiciones. Tal notificación deberá hacerse por escrito dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha en que se hubiera tenido conocimiento de la misma. Conocido por la Empresa de Seguros que el riesgo se ha agravado, ésta dispone de un plazo de quince (15) días continuos para proponer la modificación del contrato o para notificar su rescisión. Notificada la modificación al Tomador, éste deberá dar cumplimiento a las condiciones exigidas en un plazo que no exceda de quince (15) días continuos, en caso contrario se entenderá que el contrato ha quedado sin efecto a partir del vencimiento del plazo. En el caso de que el Tomador o el Asegurado no hayan efectuado la declaración y sobreviniere un siniestro, el deber de indemnización de la Empresa de Seguros se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Cuando el contrato se refiera a varias cosas o intereses, y el riesgo se hubiese agravado respecto a uno o alguno de ellos, el contrato subsistirá con todos sus efectos respecto de las restantes; en este caso el Tomador deberá pagar, al primer requerimiento, el exceso de prima eventualmente debida. Caso contrario el contrato quedará sin efecto solamente con respecto al riesgo agravado.

A los efectos de esta cláusula se consideran circunstancias que agravan el riesgo las Modificaciones en la naturaleza de las actividades declaradas en la solicitud de seguro.

CLAUSULA 15: DISMINUCIÓN DEL RIESGO

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

CLAUSULA 16: AGRAVACIÓN DEL RIESGO QUE NO AFECTA EL CONTRATO

La agravación del riesgo no producirá los efectos previstos en la Cláusula 14 de estas Condiciones Particulares en los casos siguientes:

- a) Cuando no haya tenido influencia sobre el siniestro ni sobre la extensión de responsabilidad que incumbe a la Empresa de Seguros.
- b) Cuando haya tenido lugar para proteger los intereses de la Empresa de Seguros con respecto de la póliza.
- c) Cuando se haya impuesto para cumplir el deber de socorro que le impone la ley.
- d) Cuando la Empresa de Seguros haya tenido conocimiento por otros medios de la agravación del riesgo y no haya hecho uso de su derecho a rescindir en el plazo de quince (15) días continuos.

CRGRIRP41V01

- e) Cuando la Empresa de Seguros haya renunciado expresa o tácitamente al derecho de proponer la modificación del contrato o resolverlo unilateralmente por esta causa. Se tendrá por hecha la renuncia a la propuesta de modificación o resolución unilateral si no la lleva a cabo en el plazo señalado en el apartado anterior.

CLÁUSULA 17: OTRAS EXONERACIONES DE RESPONSABILIDAD

La Empresa de Seguros quedará exonerada del pago de indemnización cuando el Asegurado, Tomador o el Beneficiario:

- 1. Causare(n) o provocare(n) intencionalmente el siniestro o fuese(n) cómplice del hecho. En el supuesto de que el beneficiario cause dolosamente el daño quedará nula la designación hecha a su favor.**
- 2. Sin el consentimiento de la Empresa de Seguros y sin haber evaluado el siniestro, efectúen cambios o modificaciones a las pruebas o evidencias que pueda hacer más difícil o imposible la determinación de la causa del siniestro, siempre que tal cambio o modificación no se imponga a favor del interés público o para evitar que sobrevenga un daño mayor.**
- 3. Incumpliere cualquiera de las obligaciones establecidas en la cláusula 13 (Procedimiento en caso de Reclamaciones) de estas Condiciones Particulares, a menos que el incumplimiento se deba a causa extraña no imputable al Tomador, al Asegurado o al Beneficiario u otra que lo exonere de responsabilidad.**
- 4. Cuando la responsabilidad provenga de trabajos realizados por los familiares o parientes del Asegurado.**

Asimismo, la Empresa de Seguros quedará exonerada del pago de la indemnización en los siguientes casos:

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

9. **Enfermedades o accidentes provocados por el Trabajador o Aprendiz; y aquellos que se deban a negligencia y actos temerarios e imprudentes de parte del Trabajador o Aprendiz afectado.**
10. **Lesiones causadas voluntariamente a sí mismo, suicidio o tentativa de suicidio.**
11. **Lesiones causadas intencionalmente, incluyendo homicidio o tentativa de homicidio, al Trabajador o Aprendiz, directamente por él o sus derechos habientes.**

CLÁUSULA 18: LÍMITE GEOGRÁFICO

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

CLÁUSULA 19: LÍMITE CATASTRÓFICO

Se establece un límite catastrófico indicado en el Cuadro Póliza, como monto máximo a pagar por la Empresa de Seguros en caso de ocurrir dos o más reclamos a consecuencia de un mismo evento.

Firma del TOMADOR

**Firma del Representante
de La EMPRESA DE SEGUROS**

**Aprobado por la Superintendencia de Seguros
mediante Oficio N° 21410 de fecha 26 de junio del 2013.**

CRGRIRP41V01