

Seguro Colectivo de Pérdida Involuntaria del Empleo

Asegurado: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

1. DEFINICIONES:

Para efectos de esta póliza, se entenderá por:

- a. **Accidente.** Todo hecho o acto que deriva de una causa violenta, fortuita, súbita y externa que produzca en el asegurado daños corporales.
- b. **Asegurado.** La persona individual que haya sido aceptada para formar parte del Seguro Colectivo de Pérdida Involuntaria del Empleo
- c. **Beneficiario.** Es aquella persona que tiene el derecho a recibir la suma asegurada o su proporción correspondiente.
- d. **Contratante.** Institución que contrata el seguro para proteger el cobro de sus créditos.
- e. **Contributivo.** Forma de pago de la prima en la cual los miembros del grupo asegurado contribuyen con una parte o la totalidad de la misma.
- f. **No Contributivo.** Forma de pago de la prima en la cual el Contratante es quien debe pagar la totalidad de la misma.
- g. **Deducible.** Período indicado en la carátula de la póliza y en el Consentimiento – Certificado Individual, posterior a la Pérdida Involuntaria del Empleo o de la Incapacidad Total Temporal por Accidente, en el cual no existe cobertura.
- h. **Grupo Asegurable.** Las personas que están relacionadas con el Contratante por medio de un contrato de crédito de cualquier naturaleza.
- i. **Grupo Asegurado.** Las personas que han dado su consentimiento para ser asegurados conforme esta póliza.
- j. **Pérdida Involuntaria del Empleo.** A la terminación del contrato de trabajo del Asegurado, por decisión del patrono, por causas no imputables al Asegurado.
- k. **Período de Carencia.** Tiempo especificado en la carátula de la póliza a partir del inicio de vigencia del seguro, que debe transcurrir para que exista cobertura.
- l. **Pago Mensual.** Importe del pago mensual que debe hacer el asegurado para amortizar el capital e intereses corrientes de un crédito, especificado en la solicitud.
- m. **Valor a Indemnizar.** La sumatoria de las cuotas mensuales aseguradas.

2. OBJETO DE SEGURO:

Garantizar al acreedor, contratante de este seguro, el cobro de la suma asegurada y las primas de las pólizas contributivas de este seguro que correspondan a cada uno de los

deudores asegurados, mientras se mantengan las circunstancias que dieron origen a la reclamación.

3. SUMA ASEGURADA:

Es el importe de seis (6) cuotas mensuales, correspondientes a los pagos nivelados de amortización del capital e intereses corrientes del crédito garantizado.

4. BENEFICIARIO:

Se designa como beneficiario de este seguro al acreedor de la deuda, ya que el fin de la presente póliza es cubrir saldos insolutos a favor del mismo.

5. COBERTURAS:

La Aseguradora cubre, por cuenta del Asegurado, hasta el número máximo de seis (6) cuotas o pagos especificados en el Consentimiento - Certificado Individual, para ser aplicados al saldo pendiente del Asegurado con el Contratante. Estos pagos están sujetos a los límites establecidos en el Consentimiento - Certificado Individual siempre y cuando no exista mora en las obligaciones con el Contratante y cuando la pérdida de ingresos del Asegurado sea originada por una de las siguientes causas:

- a. Pérdida Involuntaria del Empleo a consecuencia de despido del Asegurado sin causa justa, siempre que el Asegurado tenga una antigüedad en la póliza superior al Periodo de Carencia, y haya estado sujeto a un contrato de trabajo por tiempo indefinido con una antigüedad mayor a un año.
Esta cobertura aplica únicamente para trabajadores en relación de dependencia y sujetos a un contrato de trabajo por tiempo indefinido.

6. EXCLUSIONES GENERALES:

Las obligaciones de la Aseguradora finalizan:

- Al fallecimiento del deudor asegurado.
- Al cumplir el asegurado los 65 años.
- Si los asegurados resultan morosos en el pago de las cuotas o de la primas de las pólizas contributivas a la fecha de la reclamación y dicha mora es mayor a 30 días.

Por intoxicación, por consumo o uso de alcohol o drogas, deshonestidad, fraude, conflicto de intereses, actos dolosos o conducta delictiva.

7. COBERTURA POR PÉRDIDA INVOLUNTARIA DEL EMPLEO:

Corresponde a la pérdida involuntaria del empleo de trabajadores dependientes a consecuencia del despido del trabajo sin causa justificada.

Condiciones:

Que el asegurado al momento de dar su consentimiento en su certificado individual de seguro, declare que posee un contrato de trabajo por término indefinido.

Que el asegurado haya estado trabajando en forma continua con uno o varios empleadores durante los 12 meses anteriores a la fecha de su despido.

Período de Carencia:

Los primeros 90 días después de iniciada la vigencia de su seguro según su Consentimiento - Certificado Individual.

Deducible:

Los primeros treinta (30) días, a partir de la fecha en la que fue despedido, manteniéndose desempleado.

Exclusiones:

Este seguro no otorgará ninguna cobertura al asegurado que:

- Pierda su empleo a causa de despidos masivos.
- Tenga un trabajo como comerciante o profesional independiente percibiendo ingresos por esta actividad.
- Sea funcionario del gobierno o del sector público, salvo que labore en programas de protección de pagos a colegios o universidades.
- Sufra trastornos mentales, enfermedades o lesiones.
- La pérdida de empleo sea consecuencia de su participación en paros, disputas laborales o huelgas.
- Renuncie o pierda voluntariamente el trabajo o por rehusarse a realizar las labores que correspondan a su empleo o por violar cualquier regla conforme al contrato laboral o por omisión de llevar a cabo instrucciones orales o escritas que sean conforme al contrato laboral.
- Tenga un contrato de trabajo que se rescinda sin responsabilidad del patrono por motivo de la legislación vigente o con causal de despido que defina la ley.
- Esté en situación de jubilación, pensión o retiro del asegurado.
- Sea empleado en periodo de prueba o como practicante, con contrato temporal, informal o no inscrito en el Ministerio de Trabajo o en el ISSS.
- Por mutuo acuerdo entre las partes de la terminación del trabajo sin indemnización.
- Por cualquier causal de despido justificado definido por la ley.

Documentos y procedimiento para la presentación de un reclamo:

- Carta dando formal aviso de reclamo incluyendo el formulario dentro de los primeros 15 días del despido.
- Copia del finiquito del contrato del trabajo, indicando la fecha y el motivo del despido.
- Copia de la liquidación y comprobante de pago, importe del último salario devengado, tiempo laborado y último cargo desempeñado.
- Copia de la certificación de afiliación al ISSS
- Declaración mensual firmada por el asegurado indicando que sigue desempleado.

8. DECLARACIONES FALSAS O INEXACTAS:

La omisión o la inexacta declaración por parte del contratante o del asegurado sobre hechos o circunstancias relacionados con el seguro otorgado por esta póliza, facultan a la Aseguradora a dar por terminado el contrato, de conformidad con lo que al respecto se establece el Código de Comercio de El Salvador.

9. PAGO DE LAS PRIMAS Y PERÍODO DE GRACIA

Mensualmente el Contratante al presentar la información mensual hará efectivo el pago de la prima mensual correspondiente.

No obstante, se conviene como condición resolutoria expresa, que si la prima no se paga dentro de los treinta (30) días siguientes a las fechas establecidas (período de gracia), esta póliza quedará sin efecto ni validez legal desde la fecha de pago, sin necesidad de emisión de endoso de cancelación y en suspenso hasta que se reciba el correspondiente pago con la declaración de no reclamo a la fecha de pago, fecha en que se interrumpirá la suspensión.

10. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE:

- I. Comunicar a los asegurados las condiciones que rigen la Póliza.
- II. Comunicar a la Aseguradora dentro de los quince (15) días siguientes, los nuevos ingresos al grupo asegurado, las separaciones definitivas de los asegurados y las modificaciones que den lugar a cambios en la cobertura de los asegurados.
- III. Pagar a la Aseguradora el total de la prima de la póliza, lo que implica la recaudación, cuando procediere, del porcentaje correspondiente a los asegurados.
- IV. Comunicar a los Asegurados cualquier modificación que los afecten en sus beneficios o en sus contribuciones.

11. AGRAVACIÓN DEL RIESGO:

Si durante la vigencia de esta póliza ocurren agravaciones esenciales del riesgo, que afecten las condiciones del contrato, el Contratante o el Asegurado deberán dar aviso a la Aseguradora, el día hábil siguiente de que tal agravación sea de su conocimiento, para que ésta emita las nuevas condiciones de aceptación o la terminación del contrato. La falta de aviso ocasionará la reducción del derecho de indemnización en los términos de ley, salvo que el riesgo agravado no fuere asegurable o que se haya procedido de mala fe o con culpa

grave del Contratante o del Asegurado, en cuyo caso la Aseguradora quedará liberada del pago del siniestro.

12. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO:

Tan pronto como el Asegurado o el Contratante tuvieren conocimiento de la realización del siniestro, deberán comunicárselo a la Aseguradora.

Dentro de los quince (15) días siguientes deberán dar aviso por escrito a la Aseguradora, estando obligados a suministrar, a requerimiento de ésta, la información y las pruebas necesarias para verificar el siniestro y determinar las circunstancias de su ocurrencia y sus consecuencias.

La falta de aviso del siniestro dará derecho a la Aseguradora a reducir la prestación debida, hasta la suma que hubiera correspondido si el aviso se hubiere dado oportunamente y si tal omisión es con la intención de impedir que se comprueben oportunamente las circunstancias del siniestro, la Aseguradora quedará desligada de sus obligaciones.

13. TERMINACIÓN ANTICIPADA:

Tanto el Contratante como la Aseguradora pueden dar por terminado el contrato sin expresión de causa, con treinta (30) días de aviso previo dado por escrito a la contraparte.

14. RENOVACIÓN:

La Aseguradora podrá renovar este contrato junto a la renovación del seguro de Deuda a solicitud del contratante o después de la revisión del comportamiento de la cuenta de forma anual.

15. PRESCRIPCIÓN:

Todos los derechos y acciones que deriven de esta póliza, prescribirán en dos (2) años contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

16. ASUNTOS LITIGIOSOS:

Cualquier asunto litigioso relacionado con esta Póliza, deberá ser resueltos de acuerdo a las Leyes de El Salvador

17. NOTIFICACIONES:

Todas las notificaciones requeridas por esta Póliza deben ser dadas por escrito a la última dirección reportada, tanto por la Aseguradora, como por el contratante y el Asegurado.

18. VALOR A INDEMNIZAR – PAGO DE RECLAMOS:

La Aseguradora pagará al Contratante, por cuenta del Asegurado, los importes mensuales correspondientes, hasta el número de pagos establecidos en la Carátula de la póliza y en cada Consentimiento – Certificado Individual.

19. EDADES DE INGRESO, PERMANENCIA Y EDAD ENEXACTA

La edad mínima para ser aceptado como Asegurado será de dieciocho (18) años y la máxima será sesenta (60) años. La edad máxima de permanencia será de sesenta y cinco (65) años.

La Aseguradora puede efectuar la comprobación de la edad en cualquier momento y en caso de que la edad del Asegurado en la fecha del Consentimiento – Certificado Individual, no esté dentro de los límites de admisión o de permanencia, la cobertura del seguro se reducirá al período de vigencia del certificado, correspondiente al período que podía ser cubierto y se procederá a devolver al Contratante las primas de seguro pagadas de más.

20. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA DE CADA ASEGURADO – REHABILITACIÓN:

La cobertura de esta póliza cesará por cualquiera de las siguientes causas:

- a. A solicitud del Asegurado.
- b. Si el Asegurado deja de hacer dentro de los 30 días de la fecha acordada cualquier pago por concepto de prima contributiva, cuando procediera.
- c. Si el Contratante no realiza dentro de los 30 días de la fecha acordada el pago de la prima.
- d. Cuando el Asegurado alcance la edad máxima de permanencia indicada en la Póliza.

En caso de falta de pago de la prima convenida, la aceptación posterior de prima por parte de la Aseguradora o por cualquiera de sus agentes debidamente autorizados, rehabilitará la cobertura, previo análisis, clasificación y aceptación del riesgo por parte de la Aseguradora.

21. TIPO DE CONTRATO:

Pólizas colectivas declarativas mensuales.

22. VIGENCIA DEL CONTRATO:

Anual renovable.

23. EXTENSIÓN TERRITORIAL:

Territorio de El Salvador.

24. INFORMACIÓN MENSUAL:

Al final de cada mes y dentro de los 15 días subsiguientes será proporcionada por el contratante, la relación de los asegurados que estén al día en el pago de las cuotas y las primas contributivas si procede, dentro de los 30 días calendario a la fecha convenida de pago y del importe de seis (6) cuotas autorizadas para cada asegurado, totalizando la suma asegurada, así como el importe de la prima mensual correspondiente.

25. TASA MENSUAL: Tasa por millar mensual de: xxxxxxxx

En testimonio de lo cual, la Aseguradora emite la presente oferta, en San Salvador, al xxxxx día del mes de xxxxxx de dos mil xxxxxxxxxxxx

Firma Autorizada

ACEPTADA

Fecha: ____ / ____ / ____

h/kec

C.C.: xxxxxx – Corredor de Seguros