

FORMATO CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN SEGURO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO

AMPAROS / COBERTURAS DESEMPLEO INVOLUNTARIO

Valor Asegurado:

Es la cuota mensual, correspondiente a la suma de todos los créditos, que tenga con FONDECÓM, hasta por un periodo de tiempo de 6 meses durante la vigencia del seguro.

AMPAROS:

1. DESEMPLEO:

- Se indemniza el desempleo involuntario del asegurado por un período consecutivo igual al acordado. (hasta 6 meses)
- Despido sin justa causa, de conformidad con lo estipulado al respecto en la legislación colombiana.
- Interrupción unilateral del contrato (término indefinido o término fijo mínimo un año), sin justa causa. En el caso de Contratos a término fijo se ampara la interrupción por parte del empleador, antes del vencimiento natural del contrato.
- Se entenderá también como desempleo involuntario cuando termine el contrato de trabajo por mutuo acuerdo entre empleador y asegurado, avalado dicho acuerdo por autoridad competente, mediante un acta de conciliación y adicionalmente que en la liquidación final de prestaciones de dicho trabajador se haya reconocido y pagado una bonificación no menor al 50% de la indemnización legal o convencional que le hubiese correspondido en caso de un despido sin justa causa.
- Despido masivo con autorización de la autoridad.

2. INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL: (Aplica solo para independientes)

- Mediante este anexo se indemniza la Incapacidad Total temporal que sufra el asegurado a consecuencia de una enfermedad (no preexistente) o accidente que le impida de manera temporal desarrollar un trabajo remunerado, siempre que dicha incapacidad sea igual o mayor a VEINTE (20) días, hasta por 6 meses.
- Periodos.

DURACIÓN DE LA INCAPACIDAD	PERIODO INDEMNIZADO
15 a 45 DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS	1 MES
46 a 75 DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS	2 MESES
76 a 105 DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS	3 MESES
106 a 135 DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS	4 MESES
136 a 165 DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS	5 MESES
166 a 180 DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS	6 MESES

3. OTRAS CONDICIONES:

- Periodo de carencia:** El amparo de desempleo tendrá un periodo de carencia de 30 días al ingreso de la póliza y 6 meses luego de cada evento.
- Periodo de Franquicia:** 30 días contados a partir de la fecha del despido.
- Edades de Ingreso y Permanencia:**

AMPARO	EDAD MIN. DE INGRESO	EDAD. MAX. DE INGRESO	EDAD DE PERMANENCIA
DESEMPLEO			
INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL	18 AÑOS	64 AÑOS +364 DIAS	65 AÑOS + 364 DIAS

- Valor Asegurado Individual por cuota mes: \$ 3.000.000 máximo.

4. EXCLUSIONES DESEMPLEO:

- Desempleo voluntario (La renuncia).
- Despido por parte del empleador con justa causa.

FORMATO CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN SEGURO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO



- c. Desempleo que ocurra dentro del período de carencia sesenta (60) días o en el periodo de prueba del trabajador.
- d. Cuando a la fecha de ingreso a la póliza el trabajador tiene un contrato laboral con menos de treinta (30) días de iniciado. Esta exclusión no aplica para renovaciones ininterrumpidas en contratos de trabajo a término fijo.
- e. Empleados en Provisionalidad.
- f. Contratos de trabajo no asegurados bajo esta cobertura tales como: verbales, que no cumplan con las exigencias de la legislación laboral (Código Sustantivo del Trabajo).
- g. Jubilados, pensionados.
- h. Despido colectivo sin autorización del Ministerio de Protección Social.
- i. Los seguros adquiridos con posterioridad a la declaratoria de liquidación, liquidación obligatoria o fusión de empresas.
- j. Haber en listado en las fuerzas armadas.
- k. Contratos laborales a término fijo cuya antigüedad en esta modalidad sea inferior a 1 año.
- l. Cuando los empleados trabajadores sean empleados de su propia empresa.
- m. La terminación del contrato de trabajo por mutuo acuerdo, si no existe conciliación, o si la indemnización legal que le hubiere correspondido sea inferior al 50% en caso de despido sin justa causa.
- n. Contratos de trabajo con Cooperativas de trabajo asociado.
- o. Desempleo resultante del vencimiento de los contratos pactados a término fijo por finalización de la obra o labor contratada.
- p. Seguros adquiridos con posterioridad a la declaratoria de liquidación obligatoria o función de empresas.
- q. Cualquier acto de guerra declarada o sin declarar, sedición, rebelión o asonada o actos violentos motivados por conmoción civil.
- r. Todos aquellos trabajadores que se encuentren cubiertos bajo el amparo de renta por incapacidad temporal.
- s. Seguros adquiridos con posterioridad a la declaratoria de liquidación obligatoria o función de empresas.

5. EXCLUSIONES DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL.

- a. Incapacidades superiores a ciento nueve (180) días.
- b. Cuando sean producidos por hechos de guerra, declarada o no declarada, motín o asonada, insurrección, sedición, huelga, o cualquier acto que constituya delito de conformidad con lo estipulado en la ley penal vigente al momento de los hechos.
- c. Tentativa de suicidio, o lesiones intencionalmente causadas a sí mismo, ya sean en estado de cordura o demencia.
- d. Participación directa o indirecta del asegurado en actos delictivos, infracciones o contravencionales de acuerdo con la ley penal.
- e. Accidentes que sufra el asegurado a consecuencia de cualquier clase de participación en aviación, salvo que viaje como pasajero en una línea aérea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte regular de pasajeros en viaje incluido en un itinerario regular entre aeropuertos aprobados por la aeronáutica civil.
- f. Enfermedades preexistentes.
- g. Pensionados.
- h. Radiación y contaminación con radioactividad.
- i. Actividades peligrosas como la manipulación de explosivos o armas de fuego.
- j. Todos aquellos trabajadores que se encuentren cubiertos bajo el amparo de desempleo.
- k. Incapacidades producidas dentro del periodo de carencia (30 días).

ACEPTACION DE POLIZA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO

Declaro que entiendo y acepto las condiciones que me fueron explicadas por parte del asesor de FONDECOP y asumo el pago de esta mediante descuento por nómina____, pago por caja_____.

En constancia firmo de conformidad, el día _____ del mes _____ del año _____ en la ciudad de _____

Firma del Asociado
Nombre:

Firma del Asesor
Nombre: