

Condiciones Generales

Seguro Colectivo de Pérdida de Empleo Involuntario o Incapacidad Total Temporal por Accidente

1. CONTRATO:

Forman parte del contrato celebrado entre Aseguradora de los Trabajadores, S. A., el Contratante y el Asegurado: la solicitud, la carátula, los consentimientos - certificados individuales, las condiciones generales, el registro de asegurados y cualquier anexo que se adhiera a la póliza.

2. ESTIPULACIÓN LEGAL:

Por estipulación legal se cita el artículo 673 del Código de Comercio de Guatemala: *“En los contratos cuyo medio de prueba consista en una póliza, factura, orden, pedido o cualquier otro documento similar suscrito por una de las partes, si la otra encuentra que dicho documento no concuerda con su solicitud, deberá pedir la rectificación correspondiente por escrito, dentro de los quince días que sigan a aquél en que lo recibió, y se considerarán aceptadas las estipulaciones de ésta, si no se solicita la mencionada rectificación. Si dentro de los quince días siguientes, el contratante que expide el documento no declara al que solicitó la rectificación, que no puede proceder a ésta, se entenderá aceptada en sus términos la solicitud de este último”.*

Esta póliza será interpretada de acuerdo con las leyes de la República de Guatemala.

3. DEFINICIONES:

Para efectos de esta póliza, se entenderá por:

- a. **Accidente.** Todo hecho fortuito, súbito, violento y externo que produzca en el asegurado una o varias lesiones corporales, mientras se encuentre vigente la cobertura.
- b. **Asegurado.** A toda persona individual que en su condición de deudor del Contratante, haya solicitado adherirse al Seguro Colectivo de Pérdida de Empleo Involuntario o Incapacidad Total Temporal por Accidente.
- c. **Beneficiario.** El Contratante quien recibirá la indemnización del seguro.
- d. **Contratante.** A la persona jurídica responsable ante la Aseguradora de pagar la prima del seguro en su totalidad y quien es acreedor del Asegurado en virtud de una relación crediticia.
- 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 seguro es sin costo alguno para los miembros del grupo asegurado y el Contratante es quien debe pagar la totalidad de la misma.
- g. **Deducible.** Las cuotas por el período de días, indicado en la carátula de la póliza y en el consentimiento – certificado individual, posterior e inmediato a la Pérdida del Empleo Involuntario o de la Incapacidad Total Temporal por Accidente, las cuales no estarán cubiertas.
- h. **Grupo Asegurable.** Se refiere a las personas que sean deudoras del Contratante y que reúnan los requisitos de persona elegible para ser asegurados mediante esta póliza.
- i. **Grupo Asegurado.** Aquellas personas que pertenezcan al grupo asegurable y habiendo dado su consentimiento, aparezcan inscritos en el registro de asegurados que forma parte de esta póliza.
- j. **Incapacidad Total Temporal por Accidente.** A la incapacidad superior a treinta (30) días calendario, a consecuencia directa de un accidente, y que lo imposibilita totalmente para desempeñar todas las actividades de su profesión u ocupación, siendo necesario que se encuentre internado en un hospital o recluso en su domicilio por prescripción de un médico, con excepción de las salidas de su domicilio por indicación médica, para su restablecimiento y acorde al tratamiento prescrito.
- k. **Mora.** La falta de pago en el plazo acordado, de cualquier cuota o pago mínimo establecido que corresponda a la obligación que tiene el Asegurado con el Contratante. Para determinar el estado en mora basta con una certificación en tal sentido de parte del Contratante.
- l. **Pérdida de Empleo Involuntario.** A la terminación del contrato de trabajo del Asegurado en relación de dependencia, por decisión del patrono, debido a causa no imputable al Asegurado, dicha causa no deberá estar contemplada en el artículo setenta y siete (77) del Código de Trabajo.
- m. **Período de Carencia.** Período de noventa (90) días calendario, indicado en la carátula de la póliza y en el consentimiento - certificado individual, contado a partir de la fecha en que el deudor del Contratante es incluido como Asegurado, durante el cual no existe cobertura de Pérdida de Empleo Involuntario para el Asegurado, la Aseguradora no está obligada a otorgarle la cobertura, y el Asegurado podrá en su caso, continuar con el seguro o bien cancelarlo.

4. COBERTURA:

La Aseguradora pagará al Contratante en nombre del Asegurado, hasta el número máximo de cuotas especificadas en el consentimiento - certificado individual, para ser aplicado a tales cuotas del crédito. Estos pagos están sujetos a los límites establecidos en el consentimiento - certificado individual, siempre y cuando:

- i) No exista Mora en las obligaciones del Asegurado con el Contratante, imputable al Asegurado quien deberá encontrarse vigente en sus pagos antes de iniciar el deducible o antes de la fecha del accidente; y
- ii) Que el Asegurado tenga pérdida del ingreso, originada por una de las siguientes causas:
 - a. Pérdida del Empleo Involuntario a consecuencia de despido del Asegurado sin justa causa, siempre que el Asegurado tenga una antigüedad en la póliza superior al Periodo de Carencia, y haya estado sujeto a un contrato de trabajo a tiempo indefinido.
Se consideran válidas únicamente las relaciones laborales en relación de dependencia, cuando el asegurado esté debidamente inscrito y pagando su cuota laboral al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) al menos trescientos sesenta y cinco (365) días antes del goce de los beneficios de esta póliza.
Esta cobertura no aplica cuando el Asegurado sea comerciante o profesional que labora de forma independiente y que esté percibiendo un ingreso derivado de dicha actividad.
 - b. Incapacidad Total Temporal por Accidente siempre y cuando dicha incapacidad sea superior a treinta (30) días calendario, este período actúa como deducible.
Esta cobertura aplica únicamente para comerciantes o profesionales que perciban un ingreso por realizar actividades de forma independiente.

5. MODIFICACIONES:

Las condiciones particulares de la póliza pueden modificarse en cualquier momento, por medio de solicitud escrita del Contratante, aceptada por la Aseguradora.

6. EXCLUSIONES:

Los beneficios de esta póliza no serán cubiertos cuando sean consecuencia directa o indirecta de cualquiera de los siguientes hechos o circunstancias:

a. Exclusiones de la Cobertura de Pérdida de Empleo Involuntario:

- I. Cuando el Asegurado no haya desempeñado su trabajo, en forma ininterrumpida, por un período de trescientos sesenta y cinco (365) días inmediatamente anterior al inicio de la cobertura.
- II. Pérdida del empleo del Asegurado que ocurra dentro del Periodo de Carencia.
- III. Intoxicación, consumo de alcohol, uso de drogas, deshonestidad, fraude o conflicto de intereses, rehusarse a realizar labores del empleo, actos dolosos, violación a cualquier regla conforme al contrato laboral o la omisión de llevar a cabo instrucciones orales o escritas, siempre que dichas instrucciones sean conforme el contrato laboral, y conducta delictiva por parte del Asegurado.

- IV. Cuando la pérdida de empleo sea a consecuencia de que el Asegurado participe en paros, disputas laborales o huelgas.
- V. Por renuncia o terminación de contratos de trabajo de tiempo determinado o temporales del Asegurado.
- VI. Cualquier estado de trastorno mental permanente o transitorio.
- VII. Enfermedades, lesiones o fallecimiento del Asegurado.
- VIII. Por la terminación de la relación de trabajo sin responsabilidad para el patrono de acuerdo con el Código de Trabajo.
- IX. Por despidos masivos de más del 50% de los trabajadores de un mismo patrono.

b. Exclusiones de la Cobertura de Incapacidad Total Temporal por Accidente:

- I. Lesiones y afecciones que el Asegurado se ha producido voluntariamente, incluyendo el intento de suicidio aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- II. Servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección, cuando sea parte activa de éstos.
- III. Actos delictivos intencionales de cualquier tipo, en los que participe activamente el Asegurado.
- IV. Intoxicación, consumo de alcohol, uso de drogas de ilícito comercio, deshonestidad.
- V. Incapacidad Total Temporal producida anteriormente de la fecha de inicio de vigencia del consentimiento – certificado individual.
- VI. Cualquier estado de trastorno mental permanente o transitorio.
- VII. Enfermedades, afecciones propias del embarazo o fallecimiento del Asegurado.
- VIII. Esta póliza no ampara accidentes que se originen por participar en actividades como:
 1. Aviación privada en calidad de tripulante, pasajero o mecánico, con excepción de líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros con itinerarios fijos y rutas establecidas.
 2. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
 3. Paracaidismo, buceo, alpinismo, montañismo, esquí en nieve o agua, tauromaquia (deporte relacionado con toros) y similares o cualquier tipo de deporte aéreo y, en general, por la práctica profesional de cualquier deporte.

7. SUMA ASEGURADA:

Las cuotas aseguradas, indicadas en el consentimiento – certificado individual, se pagarán siempre que se generen los siguientes hechos: Pérdida del Empleo Involuntario a consecuencia de despido del Asegurado sin justa causa o por la Incapacidad Total

Temporal por un Accidente hasta completar la suma asegurada, también indicada en el consentimiento – certificado individual.

8. DEDUCIBLE

El período de días establecido en la carátula y el consentimiento – certificado individual, se computa a partir del día siguiente de la Incapacidad Total Temporal por Accidente o del desempleo involuntario, una vez haya transcurrido este período se indemnizará al Asegurado de acuerdo a la cobertura aplicable:

- I. Cobertura de Pérdida de Empleo Involuntario: Durante los meses en que el Asegurado se encuentre desempleado o hasta el número máximo de cuotas convenido indicadas en el consentimiento - certificado individual, lo que ocurra primero.
- II. Cobertura de Incapacidad Total Temporal por Accidente: Hasta completar la suma asegurada indicada en el consentimiento – certificado individual.

9. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE:

- I. Comunicar a las personas elegibles sobre las condiciones que rigen la Póliza.
- II. Comunicar a la Aseguradora a más tardar quince (15) días después, los nuevos ingresos al grupo asegurable, las separaciones definitivas de los miembros asegurados y las modificaciones que den lugar a cambios en la cobertura individual de los asegurados, de acuerdo con las Condiciones Generales de esta póliza.
- III. Pagar a la Aseguradora el total de la prima de la póliza, lo que implica la recaudación del porcentaje con que, en su caso, contribuyan los Asegurados del grupo.
- IV. Informar por escrito a la Aseguradora de cualquier situación de los Asegurados que ya no se ajuste a alguna de las cláusulas de esta póliza.
- V. Comunicar a los Asegurados de las modificaciones a que se refiere la Cláusula cinco (5), que los afecten en sus beneficios o en sus contribuciones.

10. MOVIMIENTOS EN LA COLECTIVIDAD ASEGURADA.

- I. Altas de Asegurados. Las personas que cumplan los requisitos establecidos en la Cláusula 16, podrán ingresar al Grupo Asegurado con posterioridad a las fechas de emisión o renovación de esta póliza, siempre que éstas ostenten la calidad de

deudor del Contratante. La Aseguradora cobrará al Contratante la parte de la prima que corresponda al tiempo que falte para concluir el período asegurado.

- II. Bajas de Asegurados. Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado dejan de estar amparadas por la presente póliza desde el momento de dicha separación, quedando automáticamente sin validez alguna el consentimiento - certificado individual emitido a su favor por la Aseguradora. En este caso, la parte de la prima que resulte no devengada, será restituida al Contratante por la Aseguradora, y el Contratante deberá devolverlo al Asegurado. La devolución de la prima, por cada persona asegurada que cause baja, se determinará a prorrata de días no devengados.

11. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA:

La edad mínima para el ingreso a este seguro será de dieciocho (18) años y la máxima se establece hasta el día en que el Asegurado cumpla los sesenta (60) años. La edad máxima de permanencia no podrá superar los sesenta y cinco (65) años, cero días.

12. PRIMA POR ASEGURADO:

La prima se establece en función de una tasa fija sobre la suma asegurada fija aplicada al valor de la obligación mensual del asegurado.

13. FALTA DE PAGO DE LAS PRIMAS:

Si la prima no se pagare dentro de los treinta (30) días calendario del plazo establecido para el pago de la prima, esta póliza, sin previo aviso, quedará sin efecto de pleno derecho y automáticamente caducada por el vencimiento de dicho plazo.

14. INICIO Y FINALIZACIÓN DE VIGENCIA:

La vigencia inicia a las 24:00 horas del día en que se firma el consentimiento -certificado individual, o de la fecha a partir de la cual se inicia el Contrato de Seguro, la que fuere posterior. Queda también establecido que las 24:00 horas, hora nacional en la República de Guatemala, será considerada la hora efectiva con respecto de cualquier fecha de inicio o vencimiento referida en la póliza.

15. TERMINACIÓN DEL CONTRATO O DE LA PÓLIZA:

Tanto el Contratante como la Aseguradora puede dar por terminado el contrato sin limitación alguna después del primer año del seguro, sin otro requisito que el de comunicar esta decisión, a la otra parte, mediante carta con quince (15) días de anticipación a la fecha de terminación correspondiente.

16. PERSONAS ELEGIBLES:

Son personas elegibles todos los deudores del Contratante que soliciten la cobertura de este Seguro de Pérdida de Empleo Involuntario o Incapacidad Total Temporal por Accidente.

17. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL DEL ASEGURADO:

Las coberturas cesarán el día en que ocurra alguno de los eventos siguientes:

- I. Si perdiera su calidad de persona elegible para el seguro durante el período de carencia.
- II. Por concluir su deuda con el Contratante.
- III. Si el Asegurado deja de hacer, en su oportunidad, cualquier contribución requerida para el caso de prima contributiva.
- IV. Si el Contratante no realiza el pago de la prima.
- V. Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de cobertura indicada en esta Póliza y en el consentimiento - certificado individual.
- VI. Cuando el asegurado solicite la cancelación de su consentimiento – certificado individual. En el caso que sea durante el período de carencia, la aseguradora devolverá las primas pagadas menos los gastos de emisión.

18. AVISO DE SINIESTRO:

Para acceder al beneficio de este seguro, El Asegurado debe dar aviso al Contratante dentro de los quince (15) días calendario de ocurrido el siniestro. A su vez, el Contratante está obligado a notificarlo a la Aseguradora dentro de los diez (10) días calendario del mes siguiente a aquél en el que el Asegurado le informó del siniestro, debiendo indicar el monto de la cuota mensual del Asegurado, el saldo de capital, intereses y otros conceptos y adjuntar fotocopia del estado de cuenta del crédito de los últimos tres (3) meses.

El Contratante y el Asegurado están obligados a suministrar a la Aseguradora, a requerimiento de esta, la información y las pruebas necesarias para verificar el siniestro y para permitirle las investigaciones necesarias para tal fin. El Asegurado deberá adjuntar al reclamo los documentos que la Aseguradora le solicite oportunamente.

La Aseguradora quedará relevada de toda responsabilidad bajo esta póliza, cuando el asegurado presentare una reclamación fraudulenta o engañosa o si en cualquier momento se presentaren medios o documentos falsos o alterados en cualquier forma o medio, por el asegurado o por terceros que cobren por cuenta de este o con su consentimiento, para sustentar reclamaciones o por obtener el pago de los beneficios otorgados por esta póliza.

19. CESIONES:

Los derechos que esta póliza confiere son intransferibles para el asegurado. Toda cesión o transferencia se considerará nula y sin efecto alguno.

20. RESOLUCIÓN DE CONFLICTO ENTRE LAS PARTES:

El Contratante, el Asegurado y la Aseguradora renuncian al fuero de sus respectivos domicilios y en el caso de controversias derivadas de la póliza se someten expresamente a los tribunales competentes de la ciudad de Guatemala, Departamento de Guatemala.

21. DECLARACIONES FALSAS O INEXACTAS:

La cobertura de Pérdida de Empleo Involuntario se fundamenta en las declaraciones y en la buena fe del Asegurado y/o Contratante. En consecuencia, el Asegurado y/o Contratante están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, de conformidad con la solicitud o cualquier otro documento proporcionados a la Aseguradora, y las disposiciones legales vigentes, así como cualquier otra información de cualquier índole que someta por escrito a la Aseguradora. La omisión o la inexacta declaración sobre hechos o circunstancias facultan a la Aseguradora a dar por terminado el contrato, de conformidad con lo que al respecto se establece en los artículos 880, 881 y 908, 909 del Código de Comercio de Guatemala.

22. INDISPUTABILIDAD:

La cobertura de Incapacidad Total Temporal por Accidente, será indisputable por omisión o inexacta declaración, inmediatamente después de haber cumplido dos años de vigencia o de la última renovación. Tratándose de miembros de nuevo ingreso al grupo asegurable, la indisputabilidad, será después de dos años contados desde la fecha en que respectivamente quedaron asegurados.

23. RENOVACIÓN:



Diagonal 6, 10-26 Zona 10
9º. Nivel, Guatemala, C.A

La Aseguradora podrá renovar este contrato automáticamente a la fecha de vencimiento, excepto por lo establecido en la Cláusula 15. Terminación del Contrato o de la Póliza.

24. 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.

25. NOTIFICACIONES

Todas las notificaciones requeridas por esta Póliza deben ser dadas por escrito. Si la notificación es para el Asegurado, ésta será enviada al Contratante y este a su vez se la enviará al Asegurado; y si debe ser dada a La Aseguradora, el Asegurado notificará al Contratante y este a su vez lo enviará a la oficina principal de la Aseguradora.

NOTA TECNICA.

SEGURO COLECTIVO DE PERDIDA DE EMPLEO INVOLUNTARIO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL POR ACCIDENTE

1. Definición de Cobertura

La Compañía cubre el pago mensual asegurado al contratante en nombre del asegurado, hasta por el monto especificado en el Certificado de Seguro o en las Condiciones Particulares de la póliza, para ser aplicado a los saldos pendientes de las obligaciones del Asegurado con el contratante. Estos pagos están sujetos a los límites establecidos en el Certificado de Seguro o en las Condiciones particulares, siempre y cuando no exista mora en las obligaciones con el contratante imputable al Asegurado y tenga pérdida de ingreso, asignada por una de las siguientes cláusulas:

a) Para el Asegurado Empleado, despido sin justa causa siempre y cuando el Asegurado cuente con un contrato de trabajo a término indefinido, o término fijo vigente por un año, cuyo contrato se vea interrumpido y tenga una antigüedad en la póliza superior al Periodo de Carencia.

La indemnización se cancelará mientras permanezca el hecho que la generó, hasta el máximo de los meses pactados. El primer mes de desempleo no se cubre y actúa como Deducible.

b) para el Asegurado Independiente, cuando sufra una Incapacidad total Temporal por accidente siempre dicha incapacidad sea superior a 30 días calendario.

La indemnización se cancelará mientras permanezca el hecho que la generó, hasta el máximo de los meses pactados.

2. Tasa Neta

Aunque no existe en Guatemala experiencia sobre este producto En el Sector Asegurador por lo cual la tasa neta se obtiene a partir de la información recopilada por diferentes entidades del país y generadas por el reasegurador QBE del Istmo

Según estadísticas de Guatemala, obtenemos la Tasa Neta.

3. Tasa Comercial

Tasa Comercial= Tasa de Riesgo Anual / (1-recargos)
Las primas se redondean a la unidad monetario superior.

RECARGOS:

Cargo Administrativo: 15%
Utilidad esperada: 5%
Costo de Adquisición: valor que depende de los costos del canal y gastos de adquisición del negocio específico. El cual estará entre el 10% y 30% de la Tasa Comercial.

A manera de ilustración presentarnos el siguiente cuadro para el cálculo de tasa comercial para un caso hipotético de costo de adquisición de 25%.

El valor de adquisición corresponde al costo de venta y al retorno hacia la entidad financiera por su gestión de recaudo.

CALCULO DE LA TASA COMERCIAL	
Tasa de Riesgo Anual	3,89%
Tasa de Riesgo Mensual	0,3250%
Recargos	
Cargo Administrativo	15%
Utilidad Esperada	5%
Costo de Adquisición	25%
Total Recargos	45%
TASA COMERCIAL ANUAL	7,1%
TSA COMERCIAL MENSUAL	0,591%

4. Ajuste Tasa Comercial

Anualmente se revisara la Tasa Comercial a partir de la Tasa de Perdida Bruta (tpb) y de la (siniestralidad incurrida con gastos):

$$TPB= (\text{Siniestros Incurridos} / \text{Primas Devengadas}) / (1-\text{Recargos})$$

$$t= 1, \dots, 9$$

n=9 (Numero de años de la muestra)

α = Numero de veces a tomar de la desviación.

σ = Desviación Estándar

Con la serie de frecuencias calculamos la tasa de riesgo media, obteniendo el valor de 0.90% con una desviación de 1.00%, haciendo uso de la Estadística al multiplicar por 3 esta ultima y adiccionarla a la frecuencia media, hallamos a la frecuencia con una probabilidad que al menos el 99.7% de los valores esperados están dentro del intervalo esperado.

$$Tr= 3.89\%$$

Actualmente la Compañía de Seguros conjuntamente con el apoyo del reasegurador, evaluara los valores anteriores, para lo cual se llevara un registro minucioso de os riesgos expuestos y de los siniestros presentados.

Valor Asegurado: Corresponde al valor máximo de indemnización equivalente a seis cuotas mensuales para los dos casos (Desempleo o Incapacidad Total Temporal por Accidente)

Tasa de Riesgo Anual sobre el valor asegurado (6 cuotas):

3.89% Anual

Tasa de Riesgo Mensual sobre el valor asegurado (6 cuotas)

3.89% / 12=0,32% Mensual

Las anteriores TASAS se utilizaran para la cobertura de Incapacidad Total Temporal por Accidente al no existir experiencias en esta cobertura en Guatemala.

EJEMPLO:

1.- Tasa Neta Mensual de Riesgo:	0.32%	
2.- Primas Devengadas:	25, 000,000	
3.- Siniestros Incurridos:	13, 500,000	
4.- Siniestralidad:	54.0%	(3)/(2)
5.- Gastos:	60%	
6.-TPB:	135.0%	(4)/(1-(5))
7.-Ajuste:	35.0%	((6)-100%)
8.-Tasa Neta de Riesgo Nueva Mensual	0.44%	(1)*((100%+(7))

5. Recargas por Fraccionamiento

No se contemplan recargos por fraccionamiento

6. Reservas de Riesgo en Curso

Las reservas de riesgo en curso o prima neta no devengada de retención (PNDR) corresponden a cada póliza o riesgo vigente al momento de la valuación, calculada de la siguiente forma:

$$PNDR = (1 - n/t) - PRR$$



Diagonal 6, 10-26 Zona 10
9°. Nivel, Guatemala, C.A

PNDR: Prima Neta No Devengada de Retención (Reserva de Riesgo en Curso).

n: Numero de días transcurridos desde el inicio de vigencia del seguro.

T: Numero de días de vigencia total.

PRR: Prima de Riesgo Retenida.

METODOLOGIA:

La población a considerar es la población laboral de Guatemala, población económicamente activa dispuesta a emplearse y el número de personas cesantes.

A partir de la población desempleada de la serie 2002-2011, restando dos años móviles consecutivos y tomando donde la población aumento, tal como se muestra en el cuadro que aparece a continuación. Al relacionarla con la población económicamente activa nos permite encontrar la FRECUENCIA ANUAL DE PERDIDA DE EMPLEO.

DATOS ESTADISTICOS –POBLACION GUATEMALA

AÑO	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Población Estimada	11,791,136	12,087,014	12,390,451	12,700,611	13,018,759	13,334,770	13,677,815	14,017,166	14,361,666	14,717,747
Población económicamente Activa	3,648,000	3,840,000	3,680,000	5,020,000	4,267,000	3,958,000	4,056,000	4,157,000	4,260,000	5,571,000
Número de Desempleados	302,583	345,984	305,238	419,045	312,363	312,563	322,452	365,733	397,373	546,237
Número de personas cesantes entre Años		43,041	-40,745	113,807	-49,278	-49,278	9,889	43,281	31,640	148,864
Número de personas nuevas cesantes		43,401	0	113,807	0	0	9,889	43,281	31,640	148,864
Frecuencia de personas que pierden la Categoría de ocupación.		1.1%	0.0%	2.3%	0.0%	0.0%	0.2%	1.0%	0.7%	2.7%
Promedio de Frecuencia		0.90%								
Desviación Estándar de la Frecuencia		1.00%								
Frecuencia media de riesgo		3.89%								
Tasa de riesgo anual		3.89%								
Tasa de riesgo		0.32								

Mensual										
Tasa de desempleo	8.29%	9.01%	8.29%	8.35%	8.48%	7.90%	7.95%	8.80%	9.33%	9.81%

Fuente: Banco Mundial –País Guatemala

INE- GUATEMALA

(P_t) : Población Total estimada por el Instituto Nacional de Estadística de Guatemala (INE) en el año t.

(PEA_t) : Población económicamente Activa en edad para trabajar que están trabajando o buscan empleo reportada por el INE para el año t.

(d_t) : Tasa de Desempleo de doce meses que representa el porcentaje De personas sin empleo con relación al total de la Población Económicamente Activa para el año t. Reportada por el INE.



Diagonal 6, 10-26 Zona 10
9°. Nivel, Guatemala, C.A

REGISTROS DE ASEGURADOS

NUMERO CORRELATIVO	CERTIFICAD O NUMERO	Apellidos	Nombres	Ocupación	Fecha de Nacimiento	Fecha de ingreso al grupo asegurado	Número máximo de cuotas aseguradas	Valor de la Cuota	Suma Asegurada	Prima Anual
Totales promedio :										Q.
										Q.

(Dt) Número de Personas Cesantes para el año t.

$$Dt = dt * PEAt$$

(fot): Frecuencia de Personas que pierden la categoría de Ocupados razón resultante de la división del Numero de Personas Nuevas Cesante y la Población Económicamente Activa.

$$fot = \frac{Nct}{PEAt}$$

Frecuencia media y Desviación Estándar de la Serie:

Año	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Frecuencia de personas que pierden la Categoría de Ocupado	1.1%	0.0%	2.3%	0.0%	0.0%	0.2%	1.0%	0.7%	2.7%
Promedio de Frecuencia	0.90%								
Desviación Estándar de la Frecuencia	1.00%								
Tasa de Riesgo	3.89%								

Definimos la tasa de riesgo para la cobertura de desempleo:

$$Tr = \frac{\sum fot}{n} + \omega * \sigma$$

Tr= Tasa de Riesgo



Diagonal 6, 10-26 Zona 10
9°. Nivel, Guatemala, C.A

Solicitud

SEGURO COLECTIVO DE PERDIDA DE EMPLEO INVOLUNTARIO O INCAPACIDAD TOAL TEMPORAL POR ACCIDENTE

Lugar y Fecha:

Nombre del Contratante:

Nombre del Representante Legal:

Cargo:

Dirección:

NIT:

Teléfono:

Actividad Principal del Contratante:

Características del Grupo Asegurable:

Cobertura:

Frecuencia de pago de la prima:

El pago de la prima será:

Contributivo

No Contributivo

Si el Contratante tiene o tuvo un seguro semejante al que ahora solicita, con otra aseguradora indique el nombre de esta.

NOTA: si la póliza y sus anexos no concordaren con mi solicitud y con la oferta presentada por Aseguradora de los Trabajadores, S.A., me reservo el derecho de pedir rectificación por escrito dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha de recepción de la póliza, transcurrido dicho plazo sin que pida la mencionada rectificación, se consideraran aceptadas las estipulaciones de la póliza y sus anexos; por lo tanto firmo el presente formulario de Solicitud de Póliza en el lugar y fecha de emisión arriba indicada.

Queda entendido y convenido que:

ASEGURADORA DE LOS TRABAJADORES, S. A. se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de seguro.



Diagonal 6, 10-26 Zona 10
9°. Nivel, Guatemala, C.A

Las respuestas y declaraciones que forman parte de mi solicitud son completas, verídicas, a mi mejor juicio y conocimiento. La omisión, falsa o inexacta declaración hecha en esta solicitud, dará derecho a la Compañía a dar por terminado el contrato de seguro.

Firma del Representante Legal

CARATULA

SEGURO COLECTIVO DE PERDIDA DE EMPLEO INVOLUTARIO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL POR ACCIDENTE

Póliza

Nombre del Contratante:

Nombre del Representante Legal:

Cargo:

Dirección:

NIT:

Inicio de Vigencia:

Finalización de la Vigencia:

Características del Grupo Asegurado:

La póliza cuenta con las siguientes coberturas y sumas aseguradas:

Cobertura:

Suma Asegurada:

Frecuencia de pago de la prima:

Prima anual:

Gastos de emisión:

IVA:

Prima total:

Deducible:

Periodo de Carencia:



Diagonal 6, 10-26 Zona 10
9°. Nivel, Guatemala, C.A

El pago de la prima será:

Contributivo

No Contributivo

Esta póliza tienes cobertura a partir de la fecha de inicio de vigencia o de sus renovaciones, siempre y cuando las primas respectivas sean pagadas oportunamente.

Aseguradora de los Trabajadores, S.A, en adelante denominada la Aseguradora, pagara la suma asegurada de acuerdo con las coberturas contratadas, una vez que reciba pruebas fehacientes de la Perdida de Empleo Involuntario o incapacidad Total Temporal por Accidente, siempre y cuando la cobertura del seguro se encuentre vigente.

En testimonio de lo anterior, la Asegurado expide y firma la presente Póliza en la ciudad de Guatemala el día.

Gerente General y Representante Legal

Consentimiento – Certificado Individual

Solicito adherirme al Seguro Colectivo de Pérdida de Empleo Involuntario o Incapacidad Total Temporal por Accidente.

Número de Póliza:

Número de Certificado:

Contratante:

Nombre Completo:

Nombre del Representante Legal:

Asegurado:

Nombres y apellidos:

DPI:

Dirección:

Teléfono celular:

Teléfono del domicilio:

Fecha de nacimiento:

Ocupación:

Correo Electrónico:

NIT:

Número de Afiliación al IGSS:

¿Es usted profesional independiente o comerciante? SI___ NO___ En caso afirmativo, especifique a qué se dedica y dónde realiza sus actividades:

¿Usted trabaja en relación de dependencia? SI___ NO___ En caso afirmativo, indicar:

Empresa donde labora:

Fecha de inicio de la relación laboral:

¿Se encuentra inscrito y pagando su cuota laboral al IGSS? SI___ NO___ En caso afirmativo, indicar a partir de qué fecha:

Cargo que Desempeña:

Dirección:

Teléfono:

Correo electrónico:

¿Percibe usted jubilación, pensión o retiro por vejez o incapacidad total y permanente?

SI___ NO___ En caso afirmativo, especifique: _____

El pago de la prima será:

1.-Contributiva: ___

2.-No Contributiva: ___

Prima:

Frecuencia de Pago de la Prima:

Deducible:

Periodo de carencia:

Número máximo de cuotas que tendrán cobertura: _____

Cobertura:

Suma Asegurada:

Beneficiario:

En caso de que el pago de la prima sea Contributiva, autorizo al Contratante de la Póliza para que cargue a mi préstamo _____, o la tarjeta de crédito _____, durante la vigencia del seguro, el valor de las primas.

Yo, el solicitante, declaro:

- a) Que las respuestas que anteceden son verdaderas y exactas, y reconozco que, de hacer declaración falsa o inexacta, no tendré derecho a ningún beneficio del seguro que estoy solicitando, quedando como obligación de la Aseguradora únicamente la devolución de primas.
- b) Que estoy enterado que si no se realiza el pago de la prima dentro de los treinta (30) días calendario del plazo establecido para el pago de la misma, este Consentimiento - Certificado Individual, quedará sin efecto de pleno derecho, sin previo aviso y terminando automáticamente mi Seguro Colectivo de Pérdida de Empleo Involuntario o Incapacidad Total Temporal por Accidente.
- c) Que estoy enterado que mi cobertura cesará el día en que cumpla los sesenta y cinco (65) años, cero días.

Me adhiero a la solicitud básica y a la póliza contratada cuyo número se indica arriba. Doy mi conformidad para estar asegurado y a lo actuado por el Contratante y la Aseguradora en lo que respecta a la póliza.

La Aseguradora cubrirá hasta el número máximo de cuotas especificadas anteriormente, conforme las condiciones generales y particulares de la póliza.

Forma parte de este Consentimiento – Certificado Individual las Principales Condiciones Generales de la Póliza.

Queda entendido y convenido que:

ASEGURADORA DE LOS TRABAJADORES, S. A. se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de seguro.

Las respuestas y declaraciones que forman parte de mi solicitud son completas, verídicas, a mi mejor juicio y conocimiento. La omisión, falsa o inexacta declaración hecha en esta solicitud, dará derecho a la Compañía a dar por terminado el contrato de seguro.

Firma del Asegurado

Aseguradora de los Trabajadores, S. A.
Gerente General y Representante Legal

Lugar y Fecha



Diagonal 6, 10-26 Zona 10
9°. Nivel, Guatemala, C.A