

**ANEXO DE BENEFICIO DE CONTINUIDAD LABORAL DE SEGURO COLECTIVO DE
DESEMPLEO O INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE**

Para adherir y formar parte de la póliza No. _____ Cert. _____
Vigencia: Del _____ al _____

Por medio del presente anexo se hace constar que se incluye el beneficio de Continuidad laboral a la póliza arriba indicada, el cual aplica únicamente en los casos siguientes:

- a) Cuando la persona termine su relación laboral y cambie de Patrono.
- b) Sustitución patronal.

El beneficio arriba descrito, aplica no obstante lo indicado en las condiciones generales numeral 6. EXCLUSIONES inciso a. **Exclusiones de la cobertura de desempleo.**

Condiciones:

Para el supuesto considerado en la literal **a)**, el beneficio aplica únicamente cuando el Asegurado termine su relación laboral con el Patrono y sea contratado por uno nuevo en un periodo no mayor a _____() días hábiles, de no cumplirse esta condición la cobertura del Seguro de desempleo amparada en esta póliza se dará por terminada.

Todos los demás términos y condiciones continúan sin ninguna modificación.

Guatemala, ____ de _____ de _____.

Firma autorizada

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según resolución _____ del _____, registro que no prejuzga el contenido del mismo.