

SEGURO DE DESEMPLEO ASALARIADOS

Señor(a) asegurado(a), **CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.** lo invita a conocer las condiciones generales del seguro que adquirió las cuales se presentan a continuación.

EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ART. 184 DEL EOSF Y DEMÁS NORMAS CONCORDANTES, CADA UNA DE LAS EXCLUSIONES SERÁN ENUNCIADAS A CONTINUACIÓN DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR LA PRESENTE PÓLIZA.

1. COBERTURAS

1.1. DESEMPLEO INVOLUNTARIO

¿QUÉ ME CUBRE? USTED RECIBIRÁ EL PAGO DE SU INDEMNIZACIÓN, EQUIVALENTE AL VALOR DE **SEIS (6) CUOTAS MENSUALES** DEL CRÉDITO CONTRATADO CUANDO PIERDA SU TRABAJO SIN JUSTA CAUSA Y SE ENCUENTRE EN ALGUNA DE LAS SITUACIONES DESCRITAS A CONTINUACIÓN:

- **PARA LOS PLANES TRADICIONAL Y EMPIEZA A PAGAR:** EL VALOR DE LA CUOTA MENSUAL DEL CRÉDITO SE ENCUENTRA LIMITADO AL VALOR DE **HASTA \$4.000.000** CADA UNA.
- **PARA EL PLAN 14 / 12:** EL VALOR DE LA CUOTA MENSUAL DEL CRÉDITO SE ENCUENTRA LIMITADO AL VALOR DE **HASTA \$8'000.000** CADA UNA POR CUALQUIER CAUSA NO EXCLUIDA DE COBERTURA.
 - a) HABER TENIDO UN CONTRATO A TÉRMINO FIJO O INDEFINIDO CON SU EMPLEADOR.
 - b) HABER COMPLETADO MÁS DE **3 MESES O 90 DÍAS** CONTINUOS TRABAJANDO. EN CASOS DE CAMBIO DE EMPLEO, SE TENDRÁ EN CUENTA EL TÉRMINO DE **3 MESES O 90 DÍAS** CONTINUOS SIEMPRE Y CUANDO EL CAMBIO DE UN EMPLEO A OTRO NO SUPERE **8 DÍAS** CALENDARIO Y EL ASEGURADO NO HAYA SIDO DESPEDIDO DEL PRIMERO DE DICHOS EMPLEOS.
 - c) AL MOMENTO DE LA TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL, SE DEBIÓ HABER RECONOCIDO A FAVOR DEL ASEGURADO EL PAGO UNA INDEMNIZACIÓN.
 - d) EL DESPIDO SIEMPRE DEBE SER SIN JUSTA CAUSA Y QUE EXISTA EL PAGO DE UNA INDEMNIZACIÓN O BONIFICACIÓN.
 - e) PARA PRESENTAR UNA NUEVA RECLAMACIÓN POR DESEMPLEO DEBERÁN TRANSCURRIR NUEVAMENTE 6 MESES, DURANTE ESTE PERIODO EL ASEGURADO DEBERÁ ESTAR VINCULADO LABORALMENTE

IMPORTANTE

- **ÚNICAMENTE SE CUBRE LA PÉRDIDA DEL TRABAJO QUE OCURRA A PARTIR DEL DÍA 31 DESDE EL INICIO DE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO, LA CUAL CORRESPONDERÁ A LA FECHA DE DESEMBOLSO DEL CRÉDITO.**
- **SOLO SE CUBREN LOS SIGUIENTES CONTRATOS: (I) EMPLEADOS, (II) PERSONAS CON VINCULACIÓN LABORAL A TÉRMINO FIJO Y CUYO CONTRATO HAYA FINALIZADO ANTES DEL TÉRMINO INICIALMENTE ESTABLECIDO, SIEMPRE Y CUANDO ESTA TERMINACIÓN NO DEPENDA DE LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO Y NO EXISTA JUSTA CAUSA EN LA TERMINACIÓN, (III) LAS PERSONAS VINCULADAS A COOPERATIVAS DE TRABAJO ASOCIADO O A EMPRESAS DE SERVICIOS TEMPORALES A TRAVÉS DE CONTRATO A TÉRMINO INDEFINIDO CUYA TERMINACIÓN SE DÉ SIN JUSTA CAUSA, (IV) PERSONAS VINCULADAS A COOPERATIVAS DE TRABAJO ASOCIADO O A EMPRESAS DE SERVICIOS TEMPORALES A TRAVÉS DE CONTRATO A TÉRMINO FIJO CUYA TERMINACIÓN SE DÉ ANTES DEL TÉRMINO INICIALMENTE PACTADO, SIEMPRE Y CUANDO ESTA TERMINACIÓN NO DEPENDA DE LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO Y NO EXISTA JUSTA CAUSA EN LA TERMINACIÓN, (V) PERSONAS CON CARGOS EN CARRERA ADMINISTRATIVA, SERVIDORES PÚBLICOS O DE LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCIÓN, CUYO RETIRO NO HAYA SIDO GENERADO POR EL ASEGURADO Y SE ENCUENTRE CONTENIDO EN UN ACTO ADMINISTRATIVO, (VI) LOS DESPIDOS MASIVOS CON O SIN AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO DE TRABAJO SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO NO TENGA CONOCIMIENTO DE ESTA SITUACIÓN O NO SE HAYA NOTIFICADO EL DESPIDO MASIVO AL MOMENTO DE ADQUIRIR LA PÓLIZA.**

¿QUÉ NO ME CUBRE?

| | | | |
|---|--|---|--|
| 1 | RENUNCIA O DESPIDO CON JUSTA CAUSA O PENSIONADOS | 2 | VENCIMIENTO DEL CONTRATO A TÉRMINO FIJO |
| 3 | TERMINACIÓN DEL CONTRATO EN EL PERIODO DE PRUEBA. SUSPENSIÓN DEL CONTRATO DE TRABAJO. | 4 | CONTRATO DE TRABAJO FUERA DE COLOMBIA |
| 5 | CONTRATOS DE APRENDIZAJE Y CONTRATOS POR OBRA O LABOR. CUALQUIER CONTRATO DIFERENTE A LOS ENUNCIADOS EN LA COBERTURA DE DESEMPLEO O CUALQUIER CONTRATO QUE NO CONSTITUYA UNA RELACIÓN LABORAL DE SUBORDINACIÓN Y DEPENDENCIA. TRABAJADORES DE SU PROPIA EMPRESA. | 6 | TERMINACIÓN LABORAL POR MUTUO CONSENTIMIENTO ENTRE EL TRABAJADOR Y EL EMPLEADOR SIN QUE HAYA PAGO ALGUNO DE BONIFICACIÓN O INDEMNIZACIÓN. NO SE INCLUYEN EN ESTE AMPARO PERSONAS CUBIERTAS BAJO EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL. |

1.2. ENFERMEDADES GRAVES

¿QUÉ ME CUBRE? USTED RECIBIRÁ EL PAGO DEL VALOR ASEGURADO, POR UN MONTO EQUIVALENTE **A CATORCE (14) CUOTAS** DEL CRÉDITO CONTRATADO, SI LE ES DIAGNOSTICADA POR PRIMERA VEZ DENTRO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO, ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES QUE A CONTINUACIÓN SE MENCIONAN Y/O CUANDO SEA NECESARIA LA PRÁCTICA DE ALGUNOS DE LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE INDICAN A CONTINUACIÓN.

• **PARA LOS PLANES TRADICIONAL Y EMPIEZA A PAGAR:** EL VALOR DE LA CUOTA MENSUAL DEL CRÉDITO SE ENCUENTRA LIMITADO AL VALOR DE **HASTA \$4'000.000** CADA UNA.

• **PARA EL PLAN 14 / 12:** EL VALOR DE LA CUOTA MENSUAL DEL CRÉDITO SE ENCUENTRA LIMITADO AL VALOR DE **HASTA \$8'000.000** CADA UNA POR CUALQUIER CAUSA NO EXCLUIDA DE COBERTURA.

POR FAVOR TENGA EN CUENTA QUE CUALQUIER ENFERMEDAD O PROCEDIMIENTO DISTINTO AL ENUNCIADO NO ESTARÁ CUBIERTO:

1.2.1 Cáncer

¿QUÉ ME CUBRE? EL PRIMER DIAGNÓSTICO DE CÁNCER MALIGNO INDEPENDIENTE DE SU LOCALIZACIÓN O ETAPA.

¿QUÉ NO ME CUBRE?

1 CÁNCER DE PIEL NO MELANOMA

2 POLICITEMIA VERA, TROMBOCITEMIA ESENCIAL, CONDILOMAS PLANOS, DISPLACÍAS

1.2.2 INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO, COMÚNMENTE CONOCIDO COMO INFARTO AL CORAZÓN

¿QUÉ NO ME CUBRE?

1 INSUFICIENCIA CARDIACA, LESIÓN TRAUMÁTICA AL MIOCARDIO

2 MIOCARDITIS, PERICARDITIS

3 ANGINA O ANGINA INESTABLE

1.2.3 CIRUGÍA DE ANGIOPLASTIA CORONARIA O REVASCULARIZACIÓN CARDIACA

¿QUÉ NO ME CUBRE?

1 CATETERISMO CARDIACO, CATETERISMO INTRAARTERIAL, TRATAMIENTO CON RAYO LASER

1.2.4 ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO Y/O HEMORRÁGICO

¿QUÉ NO ME CUBRE?

1 LESIÓN CEREBRAL CAUSADA ISQUÉMICA O HEMORRÁGICA POR UN TRAUMATISMO O HIPOXIA

2 ATAQUES ISQUÉMICOS TRANSITORIOS (AIT), VASCULITIS

1.2.5 INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TOTAL E IRREVERSIBLE DE UNO O AMBOS RIÑONES QUE IMPLIQUE TRATAMIENTO ASOCIADO DE HEMODIÁLISIS Y/O DIÁLISIS PERITONEAL

1.2.6 ESCLEROSIS MÚLTIPLE

¿QUÉ NO ME CUBRE?

1 LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

1.2.7 TRASPLANTE DE ÓRGANOS MAYORES

¿QUÉ ME CUBRE? EL TRASPLANTE DE UN ÓRGANO VITAL COMPLETO QUE USTED SE REALICE DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA DE LOS SIGUIENTES ÓRGANOS: CORAZÓN, PULMÓN, HÍGADO, RIÑÓN, MÉDULA ÓSEA O PÁNCREAS.

1.2.8 PÉRDIDA TOTAL DE LA AUDICIÓN

¿QUÉ ME CUBRE? PÉRDIDA PERMANENTE E IRREVERSIBLE DE LA AUDICIÓN POR AMBOS OÍDOS COMO RESULTADO DE UNA ENFERMEDAD O ACCIDENTE. EL DIAGNÓSTICO DEBE SER CONFIRMADO POR UN OTORRINOLARINGÓLOGO Y EVIDENCIADO POR UN UMBRAL AUDITIVO PROMEDIO DE MÁS DE 90 DB A 500, 1000 Y 2000 HERTZ EN EL OÍDO MENOS AFECTADO DEMOSTRADO POR AUDIOMETRÍA O IMPEDANCIOMETRÍA.

1.2.9 PÉRDIDA PROFUNDA DE LA VISIÓN

¿QUÉ ME CUBRE? PÉRDIDA TOTAL, PERMANENTE E INCORREGIBLE DE LA VISIÓN EN AMBOS OJOS, DEMOSTRADA POR AGUDEZA VISUAL NO MENOS A 20/200 Y RESPUESTA ABOLIDA EN LA PRUEBA DE POTENCIALES EVOCADOS VISUALES, O CAMPOS VISUALES MENOS DE DIEZ (10) GRADOS EN EL MERIDIANO MAYOR O PARTE CENTRAL DIAGNOSTICADA POR CAMPIMETRÍA.

1.2.10 PARÁLISIS DE MIEMBROS SUPERIORES O INFERIORES

¿QUÉ ME CUBRE? SE CONSIDERA PARÁLISIS DE UN MIEMBRO SUPERIOR LA PÉRDIDA FUNCIONAL COMPLETA Y PERMANENTE DE LA MANO, Y SE CONSIDERA PARÁLISIS DE UN MIEMBRO INFERIOR LA PÉRDIDA FUNCIONAL COMPLETA Y PERMANENTE DEL PIE, POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE. EL DIAGNÓSTICO SE DEBE PRESENTAR DENTRO DE LOS 180 DÍAS SIGUIENTES A LA OCURRENCIA DEL EVENTO.

¿QUÉ NO ME CUBRE?

- 1
- PARÁLISIS DEBIDA A SÍNDROME DE GUILLAIN BARRE

1.2.11 PÉRDIDA DE MIEMBROS SUPERIORES O INFERIORES

¿QUÉ ME CUBRE? SE CONSIDERA LA PÉRDIDA DE UN MIEMBRO SUPERIOR LA AMPUTACIÓN QUIRÚRGICA O TRAUMÁTICA POR LA MUÑECA O PARTE PROXIMAL A ELLA, Y LA PÉRDIDA DE UN MIEMBRO INFERIOR LA AMPUTACIÓN QUIRÚRGICA O TRAUMÁTICA POR EL TOBILLO O PARTE PROXIMAL DE ÉL.

1.2.12 ESTADO DE COMA

¿QUÉ ME CUBRE? DIAGNÓSTICO DEFINITIVO CONFIRMADO POR UN NEURÓLOGO DE ESTADO DE INCONSCIENCIA SIN REACCIÓN NI RESPUESTA A ESTÍMULOS EXTERNOS O NECESIDADES INTERNAS QUE RESULTA EN UNA PUNTUACIÓN DE 8 O MENOS EN LA ESCALA DE COMA DE GLASGOW DE POR LO MENOS 96 HORAS DE DURACIÓN Y QUE PRODUZCA DÉFICIT NEUROLÓGICO PERMANENTE QUE DEBE EVALUARSE POR LO MENOS 30 DÍAS DESPUÉS DEL INICIO DEL COMA. DURANTE TODO EL PERIODO DE PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA ES NECESARIO QUE SE HAYAN REQUERIDO CUIDADOS INTENSIVOS, INCLUYENDO VENTILACIÓN ASISTIDA.

¿QUÉ NO ME CUBRE?

- 1
- EL ESTADO DE COMA PROVOCADO POR EL ABUSO DE ALCOHOL, TÓXICOS O DROGAS NO PRESCRITAS POR UN MÉDICO

IMPORTANTE

- ÚNICAMENTE SE CUBREN DIAGNÓSTICOS, PROCEDIMIENTOS Y/O PADECIMIENTOS A PARTIR DEL DÍA 61 DESDE EL INICIO DE VIGENCIA DEL SEGURO.
- LAS ENFERMEDADES GRAVES Y/O PROCEDIMIENTOS DEBEN SER DIAGNOSTICADOS Y/O ORDENADOS EN COLOMBIA POR PARTE DE UN MÉDICO ADSCRITO A LA ARL, EPS, SISBÉN, MEDICINA PREPAGADA O PÓLIZA DE SALUD, DEBIDAMENTE HABILITADO PARA EJERCER Y PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE SALUD EN COLOMBIA.
- LA PRESENTE COBERTURA SE EXTIENDE A AMPARAR UN (1) EVENTO POR DIAGNOSTICO POR ENFERMEDAD O PROCEDIMIENTO HASTA DOCE (12) EVENTOS POR VIGENCIA.

NO SE PAGARÁ LA INDEMNIZACIÓN ACORDADA CUANDO LOS EVENTOS CUBIERTOS SEAN CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA, TOTAL O PARCIAL DE:

| | | | |
|---|---|---|--|
| 1 | TENTATIVA DE SUICIDIO, ESTANDO O NO EN USO DE TUS FACULTADES MENTALES | 2 | LESIONES AUTO – INFRINGIDAS |
| 3 | ENFERMEDADES, ANOMALÍAS O MALFORMACIONES CONGÉNITAS. | 4 | ENFERMEDADES Y/O PADECIMIENTOS ORIGINADOS O ADQUIRIDOS ANTES DE CONTRATAR ESTA COBERTURA. ESTA EXCLUSIÓN APLICA ASÍ DECLARES QUE PADECES LA ENFERMEDAD ANTES DE CONTRATAR LA COBERTURA |
| 5 | CUALQUIER TUMOR EN PRESENCIA DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA, YA SEA TIPO 1 O TIPO 2. | 6 | CUALQUIER ENFERMEDAD QUE NO SE ENCUENTRE EXPRESAMENTE ENUNCIADA DENTRO DE LA COBERTURA DEL AMPARO BÁSICO. |

1.3. ECOSISTEMAS DE SERVICIOS

Ponemos a su disposición una plataforma de servicios que le ayudarán a disfrutar de manera más amplia los beneficios de su seguro. Los servicios podrán ser prestados directamente o por terceros. El alcance, condiciones y disponibilidad de estos estará determinado por la aseguradora para el propósito mencionado. Para más información ingrese a nuestra página web <https://bnpparibascardif.com.co/> o comuníquese con nuestra línea de atención en Bogotá al (601) 7455429.

2. DOCUMENTOS PARA LA RECLAMACIÓN

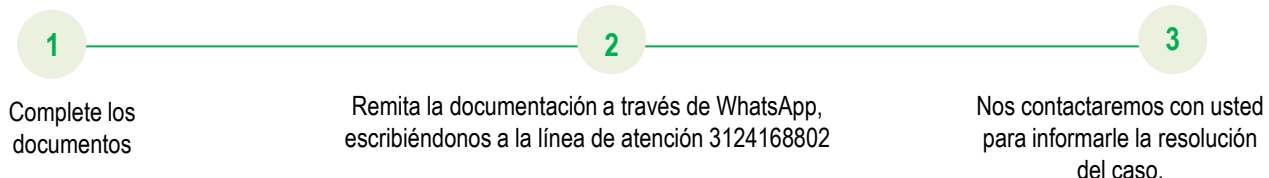
Para realizar la reclamación te corresponderá demostrar la ocurrencia y la cuantía del siniestro, para lo cual podrás presentar los documentos mencionados a continuación y cualquier otro que consideres pertinente. Por favor ten en cuenta los documentos que aplican al tipo de cobertura:

| DESEMPLEO INVOLUNTARIO | ENFERMEDADES GRAVES |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Documento en el que conste la terminación de la relación laboral, en el cual se especifique el tipo de contrato laboral y la causa de terminación del mismo o carta de despido detallando dicha información sobre fecha de inicio y terminación del Contrato.• Documento en el que conste la liquidación de salarios, prestaciones sociales y/o bonificación. | <ul style="list-style-type: none">• Historia clínica, y en caso de cáncer los estudios patológicos que confirmen el diagnóstico.• Copia de los exámenes que comprueben el padecimiento de la enfermedad (biopsias, radiografías etc.). |

IMPORTANTE

- **CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.** podrá solicitar cualquier otro documento diferente a los mencionados para definir su reclamación.

3. PASOS PARA REALIZAR LA RECLAMACIÓN



IMPORTANTE

Con el objetivo de simplificar el procedimiento para la atención de la reclamación, la definición se hará dentro de los 25 días calendario siguientes a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite la ocurrencia y la cuantía, de acuerdo con el artículo 1077 del Código de Comercio. Por tanto, el asegurado deberá asumir y cumplir con el pago de la(s) cuota(s) o canon(es) que se generen desde el momento del siniestro hasta la respuesta de la aseguradora. Posterior a la definición de la reclamación y si la misma es afirmativa, la compañía de seguros procederá a reconocer las cuotas o cánones por siniestro o por evento a que haya lugar

4. ATENCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO

A través del defensor del consumidor financiero, como vocero y conciliador ante las entidades financieras, podrán ser formuladas las quejas respecto a los productos y servicios prestados por nuestra compañía de manera gratuita, la defensoría del cliente es ejercida por los doctores José Federico Ustáriz González (defensor principal) y Mario Santiago Fajardo Buendía (defensor suplente).

Las quejas serán resueltas dentro del marco de sus funciones, sin que se exija ninguna formalidad adicional a su identificación, datos de contacto y descripción de los hechos y derechos que considere vulnerados.

Dichos requerimientos podrán ser radicados a nivel nacional a través de:

- E-mail: defensoriacardif@ustarizabogados.com
- Dirección física: Carrera 11ª No. 96 – 51 oficina 203, Edificio Oficity, Bogotá D.C., o en los teléfonos: 60(1) 6108161 y 6108164
Horario de atención de lunes a viernes de 8:00am a 6:00pm en jornada continua
- Página web <https://ustarizabogados.com>
- APP Defensoría Consumidor
- A través de nuestra página web <https://bnpparibascardif.com.co/> en el link defensor del consumidor financiero donde podrá conocer las funciones, trámites y procedimiento para la resolución de quejas por parte del defensor del consumidor financiero.

5. TERMINACIÓN DEL SEGURO

El seguro, además de por las causales contempladas por la Ley, terminará por cualquiera de las siguientes causas:

1. Cancelación del producto financiero seleccionado para realizar el pago de la prima.
2. Conforme al artículo 1068 del Código de Comercio la mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.
3. Por voluntad unilateral, mediante noticia escrita o verbal por parte de él(la) asegurado(a) para ello será necesario que se dirija a la aseguradora con su solicitud de terminación a través de los canales de atención dispuestos para tal fin por la compañía.
4. Por manifestación unilateral mediante noticia escrita por parte de la aseguradora a su última dirección física o electrónica conocida con no menos de diez (10) días de antelación contados a partir de la fecha del envío.
5. Cuando el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en el seguro según la cobertura correspondiente, sin necesidad de notificación por parte de la aseguradora.
6. Muerte del Asegurado.

6. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

Para efectos del ingreso y permanencia en el grupo asegurado, así como para efectos de la ejecución del contrato de seguro, se tendrán en cuenta las siguientes edades:

1. **Edad Mínima de ingreso:** 18 años
2. **Edad Máxima de ingreso:** Sesenta y Nueve (69) años y Trescientos Sesenta y Cuatro (364) días.
3. **Edad Máxima de Permanencia:** Setenta y Cuatro (74) años y Trescientos Sesenta y Cuatro (364) días.

7. DEFINICIONES

Para la comprensión del contenido del presente seguro, por favor presta atención a las siguientes definiciones:

ASEGURADO

Es el cliente de **RCI COLOMBIA S.A., COMPAÑÍA DE FINANCIAMIENTO** que figura como tal en el certificado individual de aseguramiento.

ASEGURADORA

CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.

TOMADOR

Cliente de **RCI COLOMBIA S.A., COMPAÑÍA DE FINANCIAMIENTO**

BENEFICIARIO

Persona a la que se le paga el valor asegurado en caso de reclamación.

- Para las coberturas de Incapacidad Total y Enfermedades Graves: El beneficiario oneroso será **RCI COLOMBIA S.A. COMPAÑÍA DE FINANCIAMIENTO**, para efectos de que se realice la aplicación del pago al producto financiero amparado. En caso de remanente el beneficiario será el Asegurado.
- Para la cobertura de Muerte Accidental: Será el Beneficiario Designado o los de Ley.

EXCLUSIONES

Son los eventos no amparados por el seguro

CARENCIA

Período contado desde el inicio de la vigencia de la cobertura, durante el cual el asegurado no tiene derecho alguno a indemnización frente a la ocurrencia de un siniestro.

PRIMA

Es el precio del seguro que es pagado por el(la) asegurado(a).

SINIESTRO

Ocurrencia del evento, suceso o riesgo amparado por la Póliza de Seguro

VALOR ASEGURADO

Es el valor máximo que se reconocerá por la aseguradora ante la ocurrencia de un siniestro.

CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. SE COMPLACE EN TENERLO COMO CLIENTE Y ESPERA QUE SE SIENTA SATISFECHO CON LOS AMPAROS OFRECIDOS EN ESTE SEGURO.

Esta póliza se compone (i) las condiciones las cuales están registradas en la Superintendencia Financiera de Colombia y (ii) la Solicitud de Seguro.

En todo lo no previsto en el presente documento se regirá por el Código de Comercio.