

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.
SEGURO DE VIDA AUTOEXPEDIBLE "SEGURO BIENESTAR TU
SALUD"
CONDICIONES GENERALES

ÍNDICE

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA.....	2
DEFINICIONES	3
1. DEFINICIONES.....	3
DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL Y ORDEN DE PRELACIÓN	5
2. DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL	5
3. PRELACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL.....	5
ÁMBITO DE COBERTURA.....	5
4. OBJETO DEL SEGURO.....	5
5. COBERTURAS BÁSICAS:	5
6. SERVICIOS DE ASISTENCIA:	5
LÍMITES DE RESPONSABILIDAD.....	11
7. EXCLUSIONES.....	12
8. LÍMITES GEOGRÁFICOS:	12
9. DEDUCIBLES	12
10. PERIODO DE CARENCIA Y PERIODO DE ESPERA	12
11. PERIODO DE COBERTURA.....	12
DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.....	13
12. BENEFICIARIO	13
OBLIGACIONES DE LOS CONTRATANTES	13
13. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIOS.....	13
14. NULIDAD DEL CONTRATO	13
PRIMA Y ASPECTOS RELACIONADOS.....	13
15. FRACCIONAMIENTO Y PAGO DE PRIMAS.....	13
16. FORMA DE AJUSTE DE LA PRIMA.....	14
17. PERIODO DE GRACIA PARA EL PAGO DE PRIMAS:	14
RECARGOS Y DESCUENTOS	14
18. RECARGOS Y DESCUENTOS	14
NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS	14
19. AVISO DE SINIESTRO	14
20. PLAZO Y PROCESO DE RECLAMACIÓN.....	14
21. DECLINACIÓN Y APELACIÓN DEL RECLAMO	15
VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS O RENOVACIONES.....	15
22. INICIO DE VIGENCIA.....	15
23. VIGENCIA Y RENOVACIÓN DEL SEGURO	15
24. TERMINACIÓN DEL CONTRATO.....	15
CONDICIONES VARIAS (CLAUSULADO GENERAL).....	16
25. EDAD Y PERMANENCIA	16
26. SUMATORIA DE LAS SUMAS ASEGURADAS:.....	16
27. DERECHO DE RETRACTO	16
28. PRESCRIPCIÓN DEL SEGURO	16
29. MONEDA	16
30. PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.....	16
31. LEGITIMACIÓN DE CAPITALES.....	16
32. LEGISLACIÓN APLICABLE	16
INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.....	17
33. DIFERENCIAS Y CONFLICTOS	17
COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES	17
34. NOTIFICACIONES	17



COMPROMISO DE LA ASEGURADORA

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A., cédula jurídica 3-101-593961 (la "COMPAÑÍA"), se compromete a observar, respetar y hacer cumplir los términos y condiciones del presente SEGURO DE VIDA AUTOEXPEDIBLE "SEGURO BIENESTAR TU SALUD" (el "SEGURO"). El derecho a gozar de las prestaciones detalladas se supedita al cumplimiento del ASEGURADO con todos los términos y condiciones.

Giancarlo Caamaño Lizano, Gerente General
Representante Autorizado
ASSA Compañía de Seguros, S. A.

DEFINICIONES

1. DEFINICIONES

- 1.1. **ACCIDENTE:** Es la acción repentina, súbita, inesperada y violenta de una fuerza externa al ASEGURADO, que se origina de modo independiente de la voluntad y de las acciones de éste o de terceras personas, que usualmente causa un efecto no deseado a la integridad física de las personas.
- 1.2. **ACUERDO SUGESE 06-13:** Reglamento de Defensa y Protección del Consumidor de Seguros, aprobado por el Consejo Nacional de Supervisión del Sistema Financiero mediante artículo 11, del acta de la sesión 1048-2013, celebrada el 25 de junio del 2013 y publicado en La Gaceta 146 del 31 de julio del 2013.
- 1.3. **ACUERDO SGS-DES-A-031-2014:** Carta de Derechos de los Consumidores de Seguros de las 15 horas del 24 de febrero del 2014.
- 1.4. **ADMINISTRADOR:** Es el medio mediante el cual la COMPAÑÍA administra una red de proveedores para brindar servicios y coberturas a nivel nacional dispuestas para el ASEGURADO y sus BENEFICIARIOS.
- 1.5. **ASEGURADO:** Es toda persona física que en sí misma está expuesta a los riesgos objeto de este contrato de SEGURO.
- 1.6. **ASISTENCIA:** Servicios que se le brindarán al ASEGURADO y BENEFICIARIOS de conformidad con los términos y condiciones que se describen en este SEGURO.
- 1.7. **BENEFICIARIO:** Es(son) la(s) persona(s) física(s) designada(s) por el ASEGURADO, a quien(es) se le(s) reconoce el derecho de recibir los beneficios derivados de este seguro. Para las coberturas de los Servicios de Asistencia, a excepción de la Asistencia Odontológica Individual, se entienden como beneficiarios, el CÓNYUGE o CONVIVIENTE y/o hasta dos hijos que sean menores de veinticinco (25) años de edad.
- 1.8. **CANCELACIÓN:** Es la terminación anticipada del seguro por la COMPAÑÍA en aplicación de la cláusula "SUMATORIA DE LAS SUMAS ASEGURADAS".
- 1.9. **CONDICIONES GENERALES:** Cláusulas predisuestas, debidamente registradas ante la Superintendencia General de Seguros ("SUGESE"), que recoge los principios básicos que regulan los contratos de seguro.
- 1.10. **CONDICIÓN PREEXISTENTE:** Es aquella enfermedad o condición física o mental del ASEGURADO, que se manifiesta antes de cualquier cobertura de la póliza, que es conocida por el ASEGURADO, que ha sido diagnosticada por un médico, o sobre la cual se han revelado síntomas que no podrían pasar desapercibidos por el ASEGURADO o por terceros.
- 1.11. **CONTRATANTE:** Es la persona física que firma y contrata el seguro. Es a quien corresponde el pago de las primas e informa a los BENEFICIARIO(S), u otros legítimos interesados, sobre la contratación del seguro y sus condiciones o modificaciones en cuanto a las operaciones de cobertura o información otorgada. Podría coincidir o no en la figura del ASEGURADO.
- 1.12. **CONVIVIENTE:** Persona con quien convive el ASEGURADO / CONTRATANTE por más de tres (3) años en unión de hecho pública, notoria, única y estable, de conformidad con lo establecido en el Código de Familia.
- 1.13. **CÓNYUGE:** Consorte. Para efectos de esta póliza se define como la unión en matrimonio de acuerdo con lo establecido en el Código de Familia (Ley No. 5476 y sus reformas).
- 1.14. **DOMICILIO:** Es el lugar de uso habitacional permanente y habitual del ASEGURADO dentro del territorio nacional.
- 1.15. **EMERGENCIA:** Hecho súbito e imprevisto que pone en riesgo la integridad física del ASEGURADO, así como la seguridad y utilización de sus bienes objeto de Asistencia, con un lapso máximo de cuarenta y ocho (48) horas de haber acontecido y que se trate de un evento cubierto.
- 1.16. **HORARIO COMERCIAL:** Días hábiles, no feriados, de lunes a viernes de 8:30 am a 5:00 pm.
- 1.17. **HOSPITAL, CLÍNICA O CENTRO MÉDICO:** Es un lugar que: **a)** Cuenta con habilitación o permiso vigente, si así fuese requerido por la ley; **b)** Está dedicado especialmente al cuidado y tratamiento de personas enfermas o lesionadas; **c)** Cuenta con un cuerpo de uno o más médicos disponibles en forma permanente; **d)** Presta servicios de enfermería las veinticuatro (24) horas del día y cuenta al menos con un profesional de enfermería matriculado, de guardia en forma permanente; **e)** Cuenta con instalaciones organizadas para diagnóstico y cirugía, ya sea en el mismo lugar o en otras instalaciones disponibles del Hospital, previamente acordados. No

son considerados Hospitales los establecimientos geriátricos, de descanso o de convalecencia para personas de edad, ni un establecimiento operado como un centro de tratamiento para drogas y/o alcohol.

1.18. **HOSPITALIZACIÓN:** Utilización durante al menos un (1) día Completo de los servicios de habitación, alimentación y atención general de enfermería en un Hospital, Clínica o Centro Médico por un ASEGURADO que se registre como paciente por prescripción de un médico.

1.19. **INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:** Es el estado en que se encuentra un ASEGURADO como consecuencia de haber sufrido un accidente, que cause una disminución de facultades o aptitudes para el trabajo, consistente en una pérdida de capacidad general, orgánica o funcional, igual o superior a sesenta y siete por ciento (67%) para generar o percibir ingresos a cambio de desempeñar cualquier trabajo, actividad, negocio, profesión, oficio u ocupación, por un período no menor de seis (6) meses continuos, independientemente del trabajo, actividad, negocio, profesión, oficio u ocupación que desempeñare anteriormente el ASEGURADO.

1.20. **LEY N°7472:** Ley de Promoción de la Competencia y Defensa Efectiva del Consumidor del 20 de diciembre de 1994, publicada en el diario oficial La Gaceta N°14 del 19 de enero de 1995.

1.21. **LEY N°7786:** Ley Sobre Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas, Drogas De Uso No Autorizado, Actividades Conexas, Legitimación De Capitales Y Financiamiento Al Terrorismo del 30 de abril de 1998, publicada en el diario oficial La Gaceta N°93 del 15 de mayo de 1998.

1.22. **LEY N°8653:** Ley Reguladora del Mercado de Seguros, del 22 de julio del 2008 publicada en el diario oficial La Gaceta N°152 del 07 de agosto del 2008.

1.23. **LEY N°8956:** Ley Reguladora del Contrato de Seguros del 17 de junio del 2011, publicada en el diario oficial La Gaceta N°175 del 12 de septiembre del 2011.

1.24. **MÉDICO:** Es un profesional habilitado para practicar la medicina, que ha obtenido su título en una universidad debidamente constituida y que legalmente puede otorgar este título y el cual se encuentra autorizado y habilitado en el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. No será considerado como Médico pertinente o habilitado para los efectos de este SEGURO: **i)** el ASEGURADO; **ii)** Su cónyuge; **iii)** Una persona que sea Miembro de la Familia del ASEGURADO o de su cónyuge o que tenga cualquier grado de parentesco con éstos, aun cuando se encuentre habilitado para ejercer la práctica de la medicina y cualquiera sea su lugar de residencia.

1.25. **MÉDICO ESPECIALISTA:** Es un profesional habilitado para practicar la medicina que ha obtenido su título de especialista en una universidad debidamente constituida y que legalmente puede otorgar este título dentro del ámbito de su especialidad el cual ha recibido educación y entrenamiento adicional que lo califica para diagnosticar o prescribir tratamientos para las enfermedades que se especifican dentro de este SEGURO y el cual se encuentra inscrito en el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica en su especialidad. No será considerado como Médico Especialista, para los efectos de este SEGURO: **i)** el ASEGURADO; **ii)** Su cónyuge; **iii)** Una persona que sea Miembro de la Familia del ASEGURADO o de su cónyuge o que tenga cualquier grado de parentesco con éstos, aun cuando se encuentre habilitado para ejercer la práctica de la medicina y cualquiera sea su lugar de residencia.

1.26. **PERIODO DE GRACIA:** Es el plazo no mayor de sesenta (60) días calendario para el pago de las primas en cualquier fecha de vencimiento con excepción de la primera e independientemente del período de pago de las primas descrito en las Propuesta/Oferta.

1.27. **PLAN:** Alternativa elegida por el ASEGURADO en la Propuesta/Oferta donde se indica claramente la Suma Asegurada por cobertura y la Prima a pagar por este SEGURO.

1.28. **PRIMA:** Es el precio que deberá pagar el CONTRATANTE o ASEGURADO como contraprestación para que la COMPAÑÍA cubra el riesgo contratado mediante el presente SEGURO.

1.29. **PROPUESTA U OFERTA DE SEGURO:** Documento expedido por la COMPAÑÍA, donde se informan las condiciones particulares de la Póliza de Seguro, como son: Datos del Operador; Número de Póliza; Vigencia del Contrato; Datos del ASEGURADO; datos del Plan (A o B); Declaraciones del ASEGURADO; Autorización para el Pago de la Prima con Cargo Automático. Una vez completo, este documento cumplirá la finalidad de certificado individual de seguro atendiendo los requisitos y propósitos tanto de la Propuesta u Oferta de Seguro como del certificado individual de seguro. Es referido, en el presente SEGURO, como la "Propuesta/Oferta".

1.30. **RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA:** No es una obligación contractual del asegurador ni tampoco del ASEGURADO. La renovación consiste en otro Contrato de Seguro que se emite al término de la vigencia del

presente contrato con características idénticas o similares. La renovación contendrá los términos y condiciones que las partes acuerden para el nuevo período de vigencia.

1.31. **SERVICIOS:** Es la asistencia que se le brinda al ASEGURADO de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones establecidas en el presente SEGURO.

1.32. **SINIESTRO:** La ocurrencia del hecho futuro, incierto y ajeno a la voluntad del ASEGURADO que, amparado por el presente SEGURO, obliga a la COMPAÑÍA al pago de la Suma Asegurada o la prestación prevista en el contrato.

1.33. **SUMA ASEGURADA:** Es el valor económico elegido por el ASEGURADO y que es determinante para que la COMPAÑÍA establezca la prima o haga una indemnización en caso de siniestro según el plan contratado (A o B).

1.34. **VIGENCIA DE LA PÓLIZA:** Es el periodo durante el cual LA COMPAÑÍA se compromete mediante el pago de una prima, a cubrir o brindar servicios a una persona según se detalla en las Propuesta/Oferata.

DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL Y ORDEN DE PRELACIÓN

2. DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL: Condiciones Generales y la Propuesta/Oferata.

3. PRELACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL: La Propuesta/Oferata tiene prelación sobre las Condiciones Generales.

ÁMBITO DE COBERTURA

4. OBJETO DEL SEGURO: La COMPAÑÍA indemnizará al(los) ASEGURADO(S) y/o BENEFICIARIO(S), según sea el Plan escogido de acuerdo con la opción de Montos Asegurados que se muestra en la Propuesta/Oferata, de acuerdo con los términos, condiciones y exclusiones contenidas en la Póliza.

5. COBERTURAS BÁSICAS:

5.1. MUERTE NO ACCIDENTAL

Si el ASEGURADO fallece por cualquier causa no accidental, la COMPAÑÍA pagará al (los) BENEFICIARIO(S) el monto establecido en el Límite de Responsabilidad señalado en la Propuesta/Oferata del Plan seleccionado.

Esta cobertura ampara únicamente al ASEGURADO y no incluye al Conviviente, Cónyuge o hijos del ASEGURADO.

5.2. MUERTE ACCIDENTAL

Si el ASEGURADO, durante la vigencia del seguro, sufre la muerte como resultado directo y exclusivo de un Accidente, la COMPAÑÍA pagará la suma asegurada en favor de los BENEFICIARIOS.

Esta cobertura ampara únicamente al ASEGURADO y no incluye al Conviviente, Cónyuge o hijos del ASEGURADO.

6. SERVICIOS DE ASISTENCIA: Adicional a las coberturas básicas de este SEGURO, se incluyen las siguientes Coberturas de Asistencia las cuales se suministrarán bajo las siguientes condiciones:

- a) La "Asistencia Odontológica Individual" solamente está disponible para el ASEGURADO.
- b) Deberán ser solicitadas y coordinadas a través del número telefónico de servicio establecido en la Propuesta/Oferata.
- c) Deberá ser contratados con el previo consentimiento de la COMPAÑÍA.
- d) No podrán ser contratados directamente por el ASEGURADO bajo su cuenta y riesgo.

- e) Serán suministrados dentro del territorio costarricense siempre que exista infraestructura pública o privada que lo permita para la prestación de los servicios, salvo para los servicios de asistencia telefónica.
- f) Deberán ser solicitados en un plazo máximo de cuarenta y ocho (48) horas después de ocurrida la emergencia.
- g) En caso de requerir información en relación a los proveedores de asistencias (servicios auxiliares) el TOMADOR, ASEGURADO y BENEFICIARIO podrán llamar al número 2503-2710, opción 2, enviar un correo electrónico a la dirección contacto@assanet.com o ingresar al sitio web: <https://www.assanet.cr/productos/seguros-personales/seguro-de-autoexpedible/>.

6.1. **ASISTENCIA ODONTOLÓGICA INDIVIDUAL**

Ampara únicamente al ASEGURADO, cubriendo una atención por Urgencias Odontológicas y la programación de citas con dentistas profesionales para brindar valoración y diagnóstico de los pacientes, el tratamiento paliativo e inicial de urgencias dentales, tales como, dolores agudos, inflamaciones y/o sangrados abundantes.

Los tratamientos por urgencias odontológicas cubiertas por la COMPAÑÍA son los que se definen a continuación:

ASISTENCIAS DENTALES			
Medidas terapéuticas destinadas a la atención y manejo de dolor leve, moderado o intenso y/o manejo de procesos inflamatorios que afecten la cavidad oral (dientes, tejidos de soporte) causados por agentes infecciosos o traumáticos y que justifiquen atención inmediata y como consecuencia ameriten la realización de alguno de los siguientes tratamientos			
DETALLE DE TRATAMIENTOS	DÍAS DE ESPERA	COBERTURA	RESTRICCIÓN
TRATAMIENTOS URGENCIA			
Examen clínico y diagnóstico de Urgencia	5	100%	Por Urgencia
Urgencias dentales (Alivio de dolor, medicación)	5	100%	Por Urgencia
Pulpectomía (retiro del nervio). No incluye tratamiento de nervio	5	100%	Por Urgencia
Ferulización por luxación dentaria	5	100%	Por Urgencia
Retiro de Cuerpo Extraño	5	100%	Por Urgencia
Drenaje Absceso intraoral	0	100%	Por Urgencia
Sutura de tejidos bucales lacerados	0	100%	Por Urgencia
Tratamiento de Alveolitis	0	100%	Por Urgencia
Curaciones (cemento temporal)	0	100%	Por Urgencia
EMERGENCIAS PROTÉSICAS			
Rebase de prótesis en consultorio	5	100%	Por Urgencia
Reparación de prótesis en consultorio	5	100%	Por Urgencia
Re-cementación temporal coronas	5	100%	Por Urgencia
RADIOLOGIA			
Rayos-X (Peri picales)	5	100%	1 al año por urgencia
Rayos-X (Aleta de mordida)	5	100%	
EMERGENCIA RESTAURATIVA			
Resina 1 a 4 superficies (piezas anteriores y posteriores)	5	100%	1 al año por urgencia
EMERGENCIA QUIRÚRGICA			
Exodoncia simple o compleja (Excluye cordales).	5	100%	1 al año por urgencia

Cada vez que el ASEGURADO visite al odontólogo por un tratamiento de urgencia deberá cancelar al odontólogo según se indica en el cuadro de coberturas para cada tratamiento:

- i. Por tratamientos de atención prioritaria y examen clínico y diagnóstico 0% del costo del tratamiento.
- ii. Por tratamientos de radiología: Una única vez por año de vigencia tendrá 0% del costo de la radiografía de aleta o periapical que llegara a requerir para el diagnóstico de tratamientos de urgencia.
- iii. Por tratamientos de cirugía oral y/o restauración: 0% del costo de la cirugía y/o restauración en resina una única vez por año de vigencia. Extracciones aplican para dientes temporales y permanentes, exceptuando terceros molares (cordales).

Cualquier otro tratamiento no contenido en el cuadro adjunto no está cubierto y deberá ser realizado por cuenta propia; estos tratamientos no contenidos en el servicio son: cirugías complejas que requieran de servicios especiales más allá de lo que el común de los Consultorios Odontológicos están preparados para atender por requerirse equipo odontológico adicional al mínimo que establece la regulación del Ministerio de Salud para acreditar clínicas odontológicas, ortodoncia, prótesis (fijas y removibles), cirugías de las encías o tratamientos que por su mayor complejidad requieren procedimientos diferenciados. De igual forma, no se incluye la atención de cirugías para implantes ni tratamientos estéticos o tratamientos derivados de accidentes de tránsito, contiendas de velocidad, accidentes deportivos y laborales, además de aquellos ocasionados deliberadamente por EL ASEGURADO del servicio.

Para obtener la prestación de los tratamientos incluidos, deberá llamar a la línea de servicio indicada en la Propuesta/Oferente y solicitar una cita y al asistir a la consulta deberá presentar su identificación.

Por la índole de los programas de asistencia dental y de los tratamientos contenidos en los servicios, el mismo no incluye atención de enfermedades, accidentes o en general sobre personas que por su estado de salud deben ser atendidas en un hospital ya que requieren de servicios especiales más allá de lo que el común de los Consultorios Odontológicos están preparados para atender por requerirse equipo odontológico adicional al mínimo que establece la regulación del Ministerio de Salud para acreditar clínicas odontológicas.

Además, por seguridad de los odontólogos y de los mismos pacientes, no se atenderán aquellas personas que, al presentarse a una cita, se encuentren bajo los efectos del alcohol o alguna droga enervante y/o estupefaciente. Sin embargo, dichas personas tendrán derecho a ser atendidas una vez que hayan pasado los efectos del alcohol o droga.

6.2. ASISTENCIAS A LA SALUD

6.2.1. ASISTENCIA MÉDICA

Se incluyen los siguientes:

6.2.1.1. Visita Médica Domiciliar

Por solicitud del ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, derivado de una emergencia médica repentina, el Administrador enviará un médico general hasta el domicilio del ASEGURADO para su revisión.

Este Servicio cubre el costo de la visita médica y el transporte.

Limitaciones del Servicio:

- Limitado a tres (3) eventos por año por ASEGURADO, no acumulables
- Costo de los medicamentos y exámenes será cubierto por el ASEGURADO.
- No se encuentran cubiertas nuevas visitas "de seguimiento" por un mismo evento.
- En caso de no existir infraestructura privada, se enviará un servicio público.
- No se envían médicos especialistas.
- No se presta el Servicio a menores de dos años.
- Costo de los exámenes que deba realizarse el ASEGURADO

- **Se debe de agendar con veinticuatro (24) horas de anticipación.**

6.2.1.2. Orientación Médica Telefónica

Por solicitud del ASEGURADO o BENEFICIARIO el Administrador lo pondrá en contacto telefónico con un profesional de la salud para que le brinde una orientación médica ante dudas que tenga en el área de la salud.

Limitaciones del Servicio:

- **Sin límite en el monto y sin límite de eventos por año.**
- **No se diagnostican enfermedades o padecimientos, ni se prescriben medicamentos.**

6.2.1.3. Traslado Médico Terrestre en Ambulancia

En caso de que el ASEGURADO y/o BENEFICIARIO(S) sufra una lesión súbita e imprevista como consecuencia de un Accidente que requiera el traslado al Centro Médico más cercano, por solicitud del ASEGURADO y/o BENEFICIARIO(S), el Administrador realizará la coordinación efectiva para el traslado del ASEGURADO y/o BENEFICIARIO(S).

Limitaciones del Servicio:

- **Sin límite en el monto**
- **Tres (3) eventos por año.**

6.2.1.4. Referencia o Indicación de Médicos, Laboratorios, Hospitales y Clínicas

Por solicitud del ASEGURADO y/o BENEFICIARIO(S), el Administrador proporcionará información general vía telefónica sobre clínicas, hospitales, laboratorios y clínicas dentales en el lugar de interés del solicitante.

Limitaciones del Servicio:

- **Sin límite en el monto y sin límite de eventos por año.**
- **Servicio informativo.**

6.2.1.5. Referencia, Indicación, Consulta y Localización de Mejores Precios de Medicamentos y Farmacias

Prevía solicitud del ASEGURADO, el Administrador realizará la búsqueda del mejor precio de un medicamento en las farmacias cercanas a la localización del ASEGURADO y le transmitirá esta información vía telefónica.

Limitaciones del Servicio:

- **Sin límite en el monto y sin límite de eventos por año.**
- **Servicio informativo.**
- **No está incluido ningún tipo de gastos referente a compras de medicamentos.**

6.2.2. ASISTENCIA PSICOLÓGICA

Incluyen los siguientes:

6.2.2.1. Orientación Psicológica Telefónica

Por solicitud del ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, el Administrador lo pondrá en contacto telefónico con un profesional en psicología para que le brinde una orientación psicológica ante dudas que tenga en el área de la salud.

Limitaciones del Servicio:

- Sin límite en el monto y sin límite de eventos por año.
- No se diagnostican enfermedades o procedimientos ni se prescriben medicamentos.

6.2.2.2. Referencia y Conexión con Psicólogos

Por solicitud del ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, el Administrador proporcionará información general vía telefónica sobre especialistas en psicología en el lugar de interés del solicitante y si se solicita se coordinará una cita para su atención en aquellos centros que realicen este tipo de reservación.

Limitaciones del Servicio:

- Sin límite en el monto y sin límite de eventos por año.
- Información es de referencia.

6.2.3. ASISTENCIA POR HOSPITALIZACIÓN

Se incluyen los siguientes servicios:

6.2.3.1. Envío de Artículos de Aseo Personal Hasta el Hospital con Motivo de Internación

Por previa solicitud telefónica, cuando el ASEGURADO y/o BENEFICIARIO sea Hospitalizado por más de veinticuatro (24) horas, con motivo de un Accidente o enfermedad (en general, una Emergencia Médica) el Administrador gestionará y cubrirá, por una única vez, el pago del envío de artículos de aseo personal hasta el centro hospitalario donde haya sido hospitalizado el ASEGURADO y/o BENEFICIARIO. Los artículos que se enviarán son:

- i. Cepillo de dientes;
- ii. Crema dental;
- iii. Jabón de tocador;
- iv. Toalla de baño;
- v. Cepillo o peine de cabello
- vi. Champú y acondicionador para cabello.

Se enviarán para una única persona. La, componiéndose al envío de artículos disponibles en el mercado nacional.

Limitaciones del Servicio:

- Límite de costo por evento: US\$ 100,00.
- 2 eventos por año por ASEGURADO.
- 1 evento por Hospitalización.
- Elección de los productos, marca, tamaño y cualquier otra característica, es exclusiva del Administrador

6.2.3.2. Transporte de un Familiar para el Ingreso Inicial de Internación

El Administrador a solicitud del ASEGURADO, cubrirá los gastos de desplazamiento de un familiar del ASEGURADO para ingreso inicial, hasta el lugar de la internación hospitalaria, el día de la internación, en un

medio de transporte comercial, terrestre seleccionado a criterio del Administrador cuando el ASEGURADO sufra un Accidente que lo obligue según criterio del equipo Médico tratante a permanecer hospitalizado por más de veinticuatro (24) horas.

Limitaciones del Servicio:

- **Hasta 50 kilómetros.**
- **1 evento por año.**
- **1 traslado por periodo de Hospitalización.**
- **Solamente se coordina el transporte del Familiar del Asegurado y no incluye la gestión de entrada al Hospital.**

6.2.3.3. Transporte de Familiares o Amigos para la Realización de Visita durante el Periodo de Internación Hospitalaria

El Administrador, a solicitud del ASEGURADO, cubrirá los gastos de desplazamiento de familiares y/o amigos del ASEGURADO.

Limitaciones del Servicio:

- **Hasta 4 personas, desde un mismo destino, durante los primeros 3 días de internación**
- **Un solo traslado por día**
- **Medio seleccionado a criterio del Administrador.**
- **Hasta 50 kilómetros.**
- **1 evento por año.**
- **3 traslado por periodo de Hospitalización.**
- **Solamente se coordina el transporte de los familiares/amigos del Asegurado y no incluye la gestión de entrada al Hospital.**
- **No incluye el viaje de regreso al domicilio de los familiares/amigos del Asegurado.**

6.2.3.4. Servicio de Mensajería en el Periodo de Internación Hospitalaria

El Administrador a solicitud del ASEGURADO, posterior a una Hospitalización superior a veinticuatro (24) horas, con motivo de una Emergencia Médica gestionará y cubrirá, el pago del envío por mensajería de aquellos artículos, documentos o pequeños paquetes que el ASEGURADO necesite enviar o recibir.

Limitaciones del Servicio:

- **Hasta 50 kilómetros.**
- **1 evento por año.**
- **3 envíos por el periodo de Hospitalización.**
- **Solamente incluye el traslado de artículos personales, documentos y cargadores telefónicos hasta el Centro Hospitalario.**

6.2.3.5. Transporte del Titular para Regreso al Hogar por Alta Médica

El Administrador, a solicitud del ASEGURADO, cubrirá los gastos de desplazamiento del ASEGURADO, desde el Centro Médico donde se encontraba internado, hasta su domicilio permanente y habitual.

Limitaciones del Servicio:

- **Hasta 50 kilómetros.**
- **1 evento por año.**

- **Únicamente para el traslado del ASEGURADO.**
- **Traslado por taxi o ambulancia.**

6.2.3.6. Agenda y Avisos para la Ingesta Puntual de Medicamentos Después de la Internación Hospitalaria

El Administrador enviará, registrará y coordinará una agenda para el control de la ingesta de medicamentos del ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, realizando un recordatorio periódico sobre los mismos.

Limitaciones del Servicio:

- **Sin límite en el monto y sin límite de eventos por año.**

6.2.3.7. Orientación Nutricional Post Hospitalización Vía Telefónica

Posterior a una Hospitalización, el Administrador lo pondrá en contacto telefónico con un orientador nutricional para que le sean proporcionados consejos de nutrición, guía para la preparación de dietas saludables, información sobre calorías en alimentos, recomendaciones alimenticias para diabéticos, intolerantes a la lactosa y personas con sobrepeso.

Limitaciones del Servicio:

- **Sin límite en el monto y sin límite de eventos por año.**

6.2.3.8. Transmisión de Mensajes Urgentes

Por previa solicitud del ASEGURADO, el Servicio de Asistencia transmitirá los mensajes urgentes producto de una emergencia.

Limitaciones del Servicio:

- **Sin límite en el monto y sin límite de eventos por año.**
- **No se envían correos electrónicos o mensajes en redes sociales.**
- **ASEGURADO deberá llamar al Administrador, para indicar el nombre, número de teléfono de la persona que el call center debe localizar para brindar el mensaje urgente.**

6.2.4. **ASISTENCIA OFTALMOLÓGICA**

6.2.4.1. Examen Básico de la Vista

Por solicitud del ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, derivado de una emergencia médica, el Administrador coordinará con la óptica o especialista que se encuentre dentro de la red de proveedores más cercano al lugar de residencia habitual del ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO para realizar el examen respectivo.

Limitaciones del Servicio:

- **Sin límite en el monto y sin límite de eventos por año.**
- **El examen se deberá coordinar 24 horas antes de su atención.**
- **Sujeto a la agenda del especialista u óptica que brindará el servicio.**

LÍMITES DE RESPONSABILIDAD

Los Límites de Responsabilidad serán detallados en la Propuesta/Oferta.

7. EXCLUSIONES

7.1. EXCLUSIONES GENERALES

La presente póliza no cubre los riesgos que se detallan a continuación:

- a) Fallecimiento por causa de cualquier enfermedad o condición pre-existente a la celebración del contrato de seguro.
- b) Suicidio, o tentativa de suicidio, si ocurre dentro de los dos (2) años posteriores al perfeccionamiento del contrato de seguro.
- c) Cualquier evento y/o accidente cuando se produzca en estado de embriaguez, bajo el efecto de las drogas.
- d) Infracción de leyes, decretos, reglamentos y otras normas legales vigentes cuando estas sean objeto de sanciones de conformidad con el Código Penal vigente del país en que ocurra el evento.
- e) Participación en comisión o intento de comisión, por parte del ASEGURADO o BENEFICIARIO(S), de asalto, asesinato, homicidio, atentado, delito, infracción o cualquiera otra violación o intento de violación de la ley o resistencia al arresto.
- f) Actos de riña, desafío o actos delictivos en que el ASEGURADO participe por culpa de él mismo o de los BENEFICIARIO(S) de esta póliza.
- g) Energía nuclear en cualquier forma.
- h) Erupción volcánica, temblor de tierra o cualquier otro desastre natural.
- i) El desempeño de profesión u oficio riesgoso tales como la minería, ser bombero, vigilante de seguridad, miembro de las fuerzas armadas o policiales, como piloto, tripulante o empleado de aviones civiles o de empresas de aeronavegación.
- j) Actos de guerra declarada o no, acto de un enemigo extranjero, hostilidades, operaciones bélicas, invasión, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, guerrillas, terrorismo, golpe de Estado, ley marcial, poder usurpado o de facto; huelga, motín, conmoción civil, alborotos populares.
- k) Los siniestros a consecuencia de un desastre epidémico o pandémico.

7.2. EXCLUSIONES ESPECÍFICAS PARA LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL

Para la cobertura de "MUERTE ACCIDENTAL", la presente póliza no cubre los riesgos que se detallan a continuación:

- a) Participación en prácticas o pruebas de velocidad, paracaidismo, buceo con equipo de respiración o montañismo.
- b) Los accidentes que sobrevengan al ASEGURADO en la participación en actividades riesgosas, o como resultado de prácticas, pruebas o deportes extremos.

8. LÍMITES GEOGRÁFICOS:

- 8.1. Coberturas: Mundial.
- 8.2. Asistencias: República de Costa Rica.

9. DEDUCIBLES: No aplica.

10. PERIODO DE CARENCIA Y PERIODO DE ESPERA: Para la Asistencia Odontológica Individual se establece un periodo de carencia de 5 días calendario, posterior a la fecha de emisión del SEGURO.

11. PERIODO DE COBERTURA: Base de la ocurrencia del siniestro.

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

12. BENEFICIARIO: En caso de fallecimiento del ASEGURADO, el monto de la indemnización y/o los beneficios que resultaren aplicables serán otorgados el (los) BENEFICIARIO(S) de esta póliza, quien(es) será(n) designado(s) libremente por el ASEGURADO. En caso no designarlos al momento de suscripción de la PÓLIZA, podrá hacerlo posteriormente con una comunicación por escrito a la COMPAÑÍA.

La distribución de la indemnización se hará de acuerdo al artículo 98 de la Ley N°8956 y en caso de muerte de algún BENEFICIARIO antes o simultáneamente con el ASEGURADO la parte que le corresponde acrecerá a favor de los BENEFICIARIOS correspondientes de acuerdo a lo indicado en el artículo 99 de la Ley N°8956.

En caso de que el ASEGURADO fallezca antes del pago de la indemnización correspondiente a esta Póliza de SEGURO, y no haya designado BENEFICIARIO(S) la indemnización será pagada a favor de las personas indicadas en los incisos 1), 2), 3), 4) y 5) del artículo 572 del Código Civil.

En caso de no existir ninguno de los BENEFICIARIOS indicados en los incisos anteriores del artículo 572 del Código Civil, el pago quedará sujeto al proceso sucesorio respectivo sin reconocimiento de intereses.

El Conviviente, Cónyuge o hijos del ASEGURADO no podrán designar BENEFICIARIO(S) ya que no son asegurados adicionales y no son amparados por las coberturas "MUERTE NO ACCIDENTAL" o "MUERTE ACCIDENTAL".

OBLIGACIONES DE LOS CONTRATANTES

13. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIOS:

13.1. Obligaciones del ASEGURADO:

- 13.1.1. Cumplir lo indicado en el artículo 31 de la Ley N°8956.
- 13.1.2. Cancelar la prima en la fecha establecida para tales efectos. En caso de mora en el pago de la misma, aplicará lo indicado en el artículo 37 de la Ley N°8956. Si ocurriera el siniestro, y el ASEGURADO se encuentra moroso en el pago de la prima, pero dentro del periodo de gracia, aplicará lo indicado en el artículo 39 de la Ley N°8956.

13.2. Obligaciones del ASEGURADO y/o BENEFICIARIO(S):

- 13.2.1. Comunicar a la COMPAÑÍA el acaecimiento del riesgo objeto de cobertura
- 13.2.2. Demostrar la ocurrencia del evento que constituya siniestro y la cuantía aproximada de la pérdida.
- 13.2.3. Colaborar con la COMPAÑÍA en la inspección y el suministro de todos los documentos necesarios para dar trámite al reclamo.

14. NULIDAD DEL CONTRATO: Aplica lo indicado en el artículo 32 de la Ley N°8956.

PRIMA Y ASPECTOS RELACIONADOS

15. FRACCIONAMIENTO Y PAGO DE PRIMAS: La prima es anual y podrá ser pagada por una única vez o fraccionada en pagos mensuales o semestrales, según se convenga en la Propuesta/Oferta de la Póliza. En caso de que el pago de la prima sea fraccionado en pagos mensuales o semestrales no existirán recargos de ningún tipo.

La prima deberá ser cancelada en el domicilio de la COMPAÑÍA o por medio de automática o descuento directo en alguna cuenta de ahorro y/o cuenta corriente.

Esta póliza es prorrogable de manera automática y obligatoria y cualquier variación se hará únicamente a la prima de acuerdo a lo indicado en la cláusula "FORMA DE AJUSTE DE LA PRIMA".

Durante la Vigencia de la Póliza se podrán cambiar los términos y condiciones solamente mediante un Addendum debidamente aceptado y firmado por el Contratante y un representante autorizado de la COMPAÑÍA.

Se aclara que la variación de los términos y condiciones de la Póliza procederá únicamente en caso de Renovación de la Póliza y será procedente siempre que se cuente con el consentimiento del ASEGURADO. En caso de que el ASEGURADO no esté de acuerdo con el cambio de los términos y condiciones de la Póliza, la misma será prorrogada en las condiciones ya pactadas.

16.FORMA DE AJUSTE DE LA PRIMA: Se hará de la siguiente manera, según grupo etario del ASEGURADO:

- Entre 18 años y 59 años: No habrá ajuste de la prima.
- A partir de los 60 años cumplidos o más: Tarifa diferenciada en función de la edad del ASEGURADO.

Las tarifas aplicables para ambos grupos etarios son las siguientes:

Monto de Prima a Pagar por las Coberturas Básicas				
	Plan A		Plan B	
	Colones	Dólares	Colones	Dólares
Entre 18 años y 59 años	₡32,400.00	\$ 57.00	₡42,000.00	\$ 74.00
A partir de 60 años de edad	₡93,600.00	\$ 168.00	₡126,000.00	\$ 240.00

17.PERIODO DE GRACIA PARA EL PAGO DE PRIMAS: 60 días calendario, excepto para el primer pago de la prima.

RECARGOS Y DESCUENTOS

18.RECARGOS Y DESCUENTOS: No aplican, a menos que el ASEGURADO ingrese a un nuevo grupo etario.

NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE RECLAMOS

19.AVISO DE SINIESTRO: El CONTRATANTE o el BENEFICIARIO(S), al tener conocimiento de la ocurrencia de un siniestro o de la necesidad de una COBERTURA DE SERVICIO, debe comunicarlo a LA COMPAÑÍA al número telefónico definido en las Propuesta/Oferta en un plazo que no deberá exceder de 30 días calendario desde su ocurrencia.

Si el aviso de siniestro no es presentado dentro del plazo indicado, de forma dolosa para evitar o desvirtuar la valoración de los hechos y circunstancias, la COMPAÑÍA estará facultada para dejar sin efecto el reclamo.

20.PLAZO Y PROCESO DE RECLAMACIÓN: La COMPAÑÍA brindará respuesta dentro de los 10 días hábiles contados a partir de la presentación de la reclamación que contenga la totalidad de los requisitos establecidos para cada caso. Corre el mismo plazo a partir de la aceptación del reclamo para efectuar el correspondiente pago.

Para consultas sobre el trámite de los reclamos presentados: 2503-2700.

Para el trámite del reclamo de las coberturas, excepto la COBERTURA DE SERVICIOS, el ASEGURADO y/o BENEFICIARIO(s), deben presentar los siguientes documentos:

- a) Carta del ASEGURADO o BENEFICIARIO(S), solicitando el pago de la indemnización.
- b) Boleta de autorización para la revisión de expedientes médicos o clínicos.
- c) Fotocopia del documento de identidad del ASEGURADO; y BENEFICIARIO(s).
- d) Certificado original de defunción, expedida por el registro civil, donde se especifica la causa de la defunción, indicando el tomo, folio y asiento correspondiente.
- e) Si el fallecimiento ocurre fuera de Costa Rica, aportar el acta de defunción debidamente apostillada, expedida por la autoridad competente del país donde ocurrió el evento.
- f) Si el BENEFICIARIO(S) es menor de edad, se debe presentar: i) Certificación de su nacimiento emitida por el Registro Civil; y ii) Copia del documento de identidad sea del padre o de la madre supérstite o del tutor del BENEFICIARIO(S) menor de edad.

En caso de requerir algún servicio asistencial de la COBERTURAS DE SERVICIOS, por favor llame al teléfono descrito en la Propuesta/Oferta en donde se le comunicará con el proveedor del **servicio de asistencia**, quien, oportunamente, coordinará el uso del servicio según la asistencia requerida, debiendo suministrar el interesado la siguiente información: **(i)** nombre completo; **(ii)** destinatario del servicio; **(iii)** número de cédula de identidad o número de residencia; **(iv)** dirección donde solicita el servicio; **(v)** número de teléfono; **(vi)** número de póliza y; **(vii)** tipo de asistencia que se precisa.

En caso de requerir información en relación a los proveedores de asistencias (servicios auxiliares) el TOMADOR, ASEGURADO y BENEFICIARIO podrán llamar al número 2503-2710, opción 2, enviar un correo electrónico a la dirección contacto@assanet.com o ingresar al sitio web: <https://www.assanet.cr/productos/seguros-personales/seguro-de-autoexpedible/>.

21.DECLINACIÓN Y APELACIÓN DEL RECLAMO: En caso de declinación del reclamo, el ASEGURADO podrá solicitar una revisión por escrito del mismo ante la COMPAÑÍA. Si persiste la declinación de la cobertura del seguro, el ASEGURADO podrá acudir al Centro de Defensa del Asegurado, que ejerce sus funciones con absoluta independencia de la dependencia de la COMPAÑÍA, con el objeto de ser resuelta su reclamación. Adicionalmente, en el caso de quejas el ASEGURADO podrá acudir a la SUGESE.

En caso de que la COMPAÑÍA decline el pago de cualquier reclamación, el ASEGURADO tendrá derecho a demandarla ante los tribunales competentes dentro del plazo de prescripción señalado en este SEGURO.

VIGENCIA Y POSIBILIDAD DE PRÓRROGAS O RENOVACIONES

22.INICIO DE VIGENCIA: Al momento del pago de la prima al OPERADOR o COMPAÑÍA.

23. VIGENCIA Y RENOVACIÓN DEL SEGURO: 1 año prorrogable de manera automática y obligatoria por periodos anuales, siempre que se reciba en la COMPAÑÍA el pago de la prima determinada técnicamente.

Se aclara que la variación de los términos y condiciones de la Póliza procederá únicamente en caso de Renovación de la Póliza y será procedente siempre que se cuente con el consentimiento del ASEGURADO. En caso de que el ASEGURADO no esté de acuerdo con el cambio de los términos y condiciones de la Póliza, la misma será prorrogada en las condiciones ya pactadas.

24.TERMINACIÓN DEL CONTRATO: El seguro de cualquiera de las personas amparadas por el presente seguro, terminará por algunas de las siguientes causales:

- a) En forma anticipada por parte del ASEGURADO, en cualquier momento, sin responsabilidad alguna, dando aviso a la COMPAÑÍA.
- b) Por falta de pago de la prima de acuerdo al artículo 37 de la Ley N° 8956.
- c) Cuando aplique la cláusula "**NULIDAD DEL CONTRATO**".

La COMPAÑÍA, salvo disposición legal, no podrá dar por terminado de forma anticipada este SEGURO.

CONDICIONES VARIAS (CLAUSULADO GENERAL)

25. EDAD Y PERMANENCIA: La edad mínima para contratar este seguro es de dieciocho (18) años

Para efectos de las COBERTURAS DE SERVICIO, el Grupo Familiar Asegurado está conformado por el ASEGURADO/CONTRATANTE, su CÓNYUGE O CONVIVIENTE y hasta dos hijos desde los nueve (9) meses de edad hasta cumplir los veinticuatro (24) años y trescientos sesenta y cuatro (364) días.

26. SUMATORIA DE LAS SUMAS ASEGURADAS: El ASEGURADO podrá suscribir varios contratos de SEGURO de vida con la COMPAÑÍA directamente o a través de OPERADORES autorizados por aquella, siempre y cuando la "Suma Asegurada Global" no exceda la suma de veintiún millones ochocientos mil colones (¢21.800.000,00) o cuarenta y tres mil seiscientos dólares (US\$ 43.600,00), moneda de curso legal de los Estados Unidos de América por fallecimiento.

Si al momento del siniestro, el ASEGURADO presenta más de una póliza de SEGURO de vida vigente, la responsabilidad de la COMPAÑÍA en ningún caso será superior a la suma establecida de conformidad con el párrafo anterior.

Para estos efectos, la COMPAÑÍA revisará la sumatoria de las Sumas Aseguradas suscritas por el ASEGURADO y, en caso de verificarse el posible exceso de las Sumas Aseguradas, la COMPAÑÍA no permitirá la emisión de nuevos contratos de seguro. En caso de emitirse una póliza de seguros en exceso, la COMPAÑÍA tendrá la obligación de dar aviso al ASEGURADO para la aplicación de la Cancelación de la póliza y devolver la totalidad de las primas pagadas en un plazo no mayor de diez (10) días hábiles. Si ocurre un siniestro antes del aviso al ASEGURADO, la COMPAÑÍA se hace responsable por el pago de dicha póliza.

27. DERECHO DE RETRACTO: El ASEGURADO tiene la facultad de revocar unilateralmente el SEGURO, amparado al derecho de retracto, sin penalización alguna, dentro del plazo de cinco (5) días hábiles contados a partir de la fecha de adquisición de la póliza de SEGURO.

28. PRESCRIPCIÓN DEL SEGURO: 4 años.

29. MONEDA: Este seguro se contrata en la moneda que se indica en la Propuesta/Ofertha, ya sea colones costarricenses o dólares de los Estados Unidos de América

30. PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES: La información obtenida con ocasión a la celebración de la presente póliza de SEGURO queda tutelada por el derecho a la intimidad y confidencialidad salvo convenio escrito con el ASEGURADO.

31. LEGITIMACIÓN DE CAPITALES: El ASEGURADO se compromete a brindar la información necesaria y verídica en caso de que se deba cumplir con la Ley N°7786 y su regulación sobre la prevención contra la legitimación de capitales y el financiamiento al terrorismo.

32. LEGISLACIÓN APLICABLE: Además de las estipulaciones contractuales establecidas en este SEGURO, de manera supletoria se aplicarán las disposiciones contenidas en la Ley N°8653, Ley N°8956, Ley N° 7472, Código de Comercio; Código Civil; cualquier otra ley que sea aplicable, así como las reformas o reglamentos que emanen de estas disposiciones legales.



INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

33. DIFERENCIAS Y CONFLICTOS: En caso de disconformidades del ASEGURADO por ver afectados sus derechos como consumidor o exista una reclamación sobre la interpretación del contrato de seguro, podrá interponer la denuncia ante la instancia denominada Centro de Defensa del Asegurado: 2291-0315 / clienteseguros@aap.cr. Esta instancia deberá resolver en un plazo de diez (10) días hábiles a partir de la presentación de la denuncia. Agotada esta instancia podrá interponer la queja ante la Superintendencia General de Seguros al correo sugese@sugese.fi.cr o al teléfono 2243-5108 de la central telefónica.

Las partes se someten a la jurisdicción de los tribunales de la República de Costa Rica para resolver las controversias o conflictos que surjan a raíz o con motivo de la ejecución o aplicación del presente Contrato. No obstante, las partes podrán convenir de mutuo acuerdo, someter sus controversias a un arbitraje si lo consideran conveniente a sus intereses.

COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES

34. NOTIFICACIONES: Las notificaciones o comunicaciones relacionadas con este SEGURO, serán remitidas por la COMPAÑÍA directamente al ASEGURADO al correo electrónico reportado por ASEGURADO en la Propuesta/Oferta.

El ASEGURADO podrá contactar a LA COMPAÑÍA al teléfono 2503-2700 o al correo electrónico contacto@assanet.com.

En caso de requerir información en relación a los proveedores de asistencias (servicios auxiliares) el TOMADOR, ASEGURADO y BENEFICIARIO podrán llamar al número 2503-2710, opción 2, enviar un correo electrónico a la dirección contacto@assanet.com o ingresar al sitio web: <https://www.assanet.cr/productos/seguros-personales/seguro-de-autoexpedible/>.

En testimonio de lo cual se firma esta póliza en la República de Costa Rica.

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S. A.

Representante Autorizado

Registro en SUGESE número **P14-26-A05-993** de fecha **18 de Febrero del 2022**.