



## PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO

En caso de Siniestro, el Beneficiario deberá de contactar en primera instancia a la Compañía de Seguros, en el plazo máximo de siete (7) días hábiles siguientes a la fecha de ocurrencia del Siniestro. El Aviso de Siniestro podrá ser efectuado a través de la línea telefónica **(+506) 2503-2710** o al correo electrónico: [reclamosautoexp@assanet.com](mailto:reclamosautoexp@assanet.com).

En caso de requerir de servicios funerarios, el Asegurado Titular o sus familiares deberán comunicarse a la línea telefónica de servicio al cliente **(+506) 4404-1179**.

De igual manera el Asegurado Titular o sus familiares podrán solicitar informes actualizados de los proveedores de Red de Servicios Funerarios vía telefónica al **(+506) 4404-1179**.

Se deberán presentar los requisitos para el trámite ante el Operador de Seguros Autoexpedibles con el cual adquirió la Póliza, o también podrá presentarlo en las oficinas de la Compañía, en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales después de ocurrido el Siniestro.

El plazo señalado en esta cláusula es el establecido por la Compañía para verificar las circunstancias del evento y orientar apropiadamente las acciones pertinentes para resolver el reclamo. Si el reclamo se presentara con posterioridad a este plazo el Beneficiario deberá demostrar la ocurrencia del evento aportando los mismos requisitos que se solicitan en la presente cláusula.

Cuando la Compañía revise la información presentada y detecte la falta de requisitos para la presentación de un reclamo, comunicará el requerimiento al Beneficiario, o al Operador de Seguros Autoexpedibles en un plazo no mayor de cinco (5) días naturales. El Beneficiario tendrá quince (15) días naturales a partir de la notificación, para presentar la documentación que está pendiente. **No se tramitará ninguna solicitud de reclamación con los requisitos incompletos.**

Sin perjuicio de lo anterior, el plazo que tendrá la Compañía para resolver cualquier reclamación que se presente de conformidad con la presente cláusula, empezará a contar a partir del momento en que el interesado presente todos los requisitos que se establecen en esta cláusula.

A continuación, se establecen los requisitos a presentar en caso de reclamación:

1. El formulario de reclamación suministrado por la Compañía completo.
2. Fotocopia de la cédula de identidad del Asegurado Titular o fallecido por ambos lados. En el caso de extranjeros deberá presentar fotocopia de documento válido de identidad o pasaporte de todas sus páginas.
3. El certificado de defunción o documento legal que acredite la muerte del Asegurado y/o Familiar Asegurado.
4. Parte policial en caso de accidente de tránsito y resultado de la alcoholemia realizada (en caso de que corresponda).
5. En caso de solicitud del reembolso por servicios funerarios, se deberá presentar los documentos indicados al momento de solicitar el servicio.

La Compañía podrá exigir documentos complementarios, siempre que haya una duda justificable. Además, tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente y a su costa, a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculización por parte del Asegurado o de sus Beneficiarios para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

## **DECLINACIÓN Y APELACIÓN DEL RECLAMO**

**Declinación:** En aquellos casos que proceda la declinación del reclamo, la Compañía lo comunicará por escrito al Beneficiario, según sea el caso, cualquier resolución o requerimiento que emita referente a la tramitación del reclamo.

**Revisión:** Cualquier Beneficiario, según sea el caso, está autorizado para solicitar la revisión ante la Compañía. Dicha revisión podrá presentarla directamente en la Compañía. Para que dicha revisión proceda, deberá presentar su alegato por escrito y aportar las pruebas correspondientes. **Instancia**

**de Atención:** En caso de persistir la declinación de la cobertura del Seguro, el Beneficiario, según sea el caso, podrá acudir a esta instancia, que ejerce sus funciones con absoluta independencia de la Compañía que declinó el reclamo, con el objeto de ser atendida su reclamación. Dicha instancia está revelada en la página web de la Compañía.

## **PAGO DE RECLAMACIONES**

Toda reclamación ya ajustada, será pagada al Beneficiarios, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a partir de la notificación de la respuesta oportuna una vez haya presentación y aceptación de pruebas satisfactorias de interés y de pérdida en las oficinas de esta Compañía.

En caso de que la Compañía decline el pago de cualquier reclamación el Asegurado tendrá derecho a apelar ante la Compañía, e incluso demandarla ante los tribunales competentes dentro del plazo de prescripción señalado en esta Póliza.

## **INFORMACIÓN RELEVANTE PARA EVALUACIÓN DE RECLAMOS**

El Asegurado autoriza a la Compañía a tener acceso a toda la información que ésta necesite para evaluar la legitimidad de una reclamación, sus causas, las circunstancias en que ocurrió el evento objeto de cobertura, incluyendo, pero no limitado a, aquella información confidencial del Asegurado que podría estar amparada por la obligación del secreto profesional de cualquier profesional que le haya atendido; expedientes y registros médicos, hospitalarios, testimonios de cualquier persona que estuviere en contacto con el Asegurado, y toda aquella información considerada relevante por la Compañía, siempre y cuando guarde relación con el reclamo presentado. Tanto el Asegurado como el Beneficiario están obligados a cooperar con la Compañía en obtener acceso a la información enunciada en esta cláusula y a cooperar en la medida de sus posibilidades con los esfuerzos que adelante la Compañía para evaluar pronta y objetivamente la reclamación.

La Compañía tendrá el derecho y oportunidad, mientras esté pendiente una reclamación bajo la Póliza, de investigar las circunstancias del evento, exigir todos los documentos, certificados y expedientes médicos, ficha clínica, examinar al Asegurado.