

SEGURO AUTOEXPEDIBLE “VIVIENDO EN PLENITUD”

CONDICIONES GENERALES

ÍNDICE

1.	COMPROMISO DE LA ASEGURADORA.....	2
2.	DEFINICIONES.....	2
3.	DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL Y ORDEN DE PRELACIÓN.....	3
4.	ÁMBITO DE COBERTURA.....	3
5.	EXCLUSIONES.....	5
6.	SUMA ASEGURADA.....	6
7.	PERÍODO DE COBERTURA A BASE DE OCURRENCIA.....	6
8.	TERRITORIALIDAD.....	6
9.	OBLIGACIONES DEL TOMADOR Y ASEGURADO.....	6
10.	PRIMA.....	6
11.	AJUSTE DE PRIMA EN CASO DE PRÓRROGA.....	6
12.	PERÍODO DE GRACIA.....	6
13.	PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO.....	7
14.	VIGENCIA DEL SEGURO.....	7
15.	PRÓRROGA.....	7
16.	TERMINACIÓN DEL SEGURO.....	8
17.	DERECHO DE RETRACTO.....	8
18.	CONDICIONES VARIAS.....	8
19.	INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.....	9
20.	COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES.....	9

1. COMPROMISO DE LA ASEGURADORA

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S. A., cédula jurídica número 3-101-593961, (la "COMPAÑÍA"), emite este Seguro AUTOEXPEDIBLE de acuerdo con las Condiciones Generales que a continuación se establecen y las declaraciones hechas por el Asegurado nombrado en la Propuesta de Seguro.

En ese sentido, la Compañía por este medio se compromete a observar, respetar y hacer cumplir los términos y condiciones de la presente Póliza. Sin embargo, el derecho a gozar de las prestaciones detalladas en la misma se supedita al correcto cumplimiento de parte del Asegurado con todos los dichos términos, condiciones y demás estipulaciones.



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

2. DEFINICIONES

Los términos que adelante se indican, tendrán las siguientes definiciones:

1. **ACCIDENTE:** Suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento, que afecta el organismo del Asegurado ocasionándole una o más lesiones.
2. **ASEGURADO:** Persona que se encuentra cubierta y debidamente registrada en la Propuesta de Seguro.
3. **CONDICIÓN PREEXISTENTE:** Enfermedad, padecimiento, condición física o mental, lesión o dolencia que existía(n) con anterioridad a la fecha efectiva de la cobertura del Asegurado, sobre la cual padeció síntomas que causarían que una persona asista a un médico para diagnóstico, tratamiento o cuidado; así mismo, la que le haya sido diagnosticada, o que esté siendo investigada o en proceso de estudio de diagnóstico con anterioridad a la fecha de contratación de la póliza.
4. **DEPÓSITO DE GARANTÍA:** Cantidad de dinero en efectivo entregada por el Asegurado al proveedor perteneciente a la red de la prestadora de servicios, como garantía para la prestación del servicio.
5. **DERSA:** Documento estandarizado y resumido de seguros autoexpedibles el cual sintetiza las Condiciones Generales.
6. **ENFERMEDAD:** Alteración de salud sufrida por el Asegurado, causada independientemente de hechos accidentales.
7. **ENFERMEDAD CRÓNICA:** Enfermedad grave e incurable que puede ser controlada bajo cuidados médicos especiales y específicos.
8. **EQUIPO MÉDICO DURADERO:** Equipo y suministros médicos, prescritos por un especialista de la salud, diseñados para uso diario y/o continuo.
9. **FAMILIARES:** Son familiares del Asegurado, su cónyuge o compañero(a) permanente y sus hijos menores de veintiún (21) años que estén bajo la dependencia económica del Asegurado.
10. **FRACTURA:** Rotura de un hueso que tiene como consecuencia la separación completa de la sustancia ósea, lo cual debe ser diagnosticado por un médico y soportado por estudios radiológicos.
11. **GRUPO FAMILIAR:** Conjunto de personas formado por el Asegurado y sus familiares.
12. **HUESO:** Estructura orgánica rígida, compuesta por células y minerales que brinda sostén y protección al cuerpo humano.
13. **MÉDICO:** Profesional legalmente autorizado para ejercer la medicina en Costa Rica. El médico ningún caso podrá ser el Asegurado, su cónyuge o algún pariente del Asegurado en primer o segundo grado de consanguinidad o afinidad.

14. **OSTEOPOROSIS:** Enfermedad que provoca la disminución de minerales en los huesos, causando que pierdan la fuerza, se vuelvan quebradizos y susceptibles de fracturas.
15. **PRESTADORA DE SERVICIOS:** Empresa que actúa como la operadora y prestadora de los servicios de asistencia a través de su red proveedores.
16. **PROPUESTA DE SEGURO:** Documento que contiene la oferta que realiza la Compañía y las condiciones particulares que declara el Asegurado.
17. **SERVICIO DE ASISTENCIA:** Agrupamiento de servicios técnicos y/o profesionales brindados por la prestadora de servicios, cuyo objetivo es respaldar al Asegurado ante eventos amparados en las presentes condiciones. Para poder gozar de estos servicios, el Asegurado deberá requerirlos y la prestadora de servicios deberá autorizarlos según corresponda, siempre y cuando se brinde la información y documentación solicitada y no se incumplan con aspectos de naturaleza legal.
18. **TOMADOR:** Contratante del seguro.

3. DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL Y ORDEN DE PRELACIÓN

La póliza se conforma con la siguiente documentación: Condiciones Generales, Propuesta de Seguro y el Dersa. La interpretación de la póliza debe seguir el siguiente orden de prelación: La Propuesta de Seguro tiene prelación sobre las Condiciones Generales y en caso de contradicciones entre estos documentos y el Dersa se aplicará la disposición que favorezca al consumidor del seguro.

4. ÁMBITO DE COBERTURA

1. COBERTURA BÁSICA DE FRACTURA DE HUESOS

La Compañía pagará el monto que corresponda, si como consecuencia directa de un Accidente y dentro de los noventa (90) días seguidos del mismo el Asegurado sufre una de las fracturas indicadas en la Tabla de Lesiones que se muestra a continuación.

TABLA DE LESIONES

Fractura	Porcentaje de la suma asegurada a indemnizar
Fémur	100%
Cadera	100%
Pelvis	100%
Columna vertebral	80%
Tibia	60%
Peroné	60%
Tobillos	60%
Cráneo	50%
Húmero	25%
Radio	25%
Cúbito	25%

Esta cobertura se encuentra sujeta a lo siguiente:

- I. Ser diagnosticada por un médico especialista basado en estudios radiológicos.
- II. Si en un mismo Accidente se sufre más de una fractura cubierta, la indemnización no excederá el monto de suma asegurada contratada.
- III. Si la fractura es debido a osteoporosis u otra enfermedad, se cubrirá únicamente si el diagnóstico de ésta es conocido por primera vez al momento de la ocurrencia del Accidente.
- IV. Toda fractura descrita en la Tabla de Lesiones será indemnizada una sola vez en la vida del Asegurado.

2. SERVICIOS DE ASISTENCIA

Adicional a la cobertura antes descrita, el Asegurado y sus familiares, según corresponda y dependiendo del plan contratado, podrá contar con los siguientes servicios de asistencia:

2.1. ASISTENCIA PLENITUD BÁSICA

Servicios de asistencia médica: A consecuencia de un accidente o enfermedad no preexistente, se le brindará y coordinará al Asegurado el alquiler de equipo médico duradero, pudiendo seleccionar entre: una silla de ruedas estándar de transporte manual, cama hospitalaria manual estándar, cama hospitalaria eléctrica estándar, andadera de aluminio plegable de 4 puntos y muletas de aluminio estándar. En caso de emergencia se le brindará y coordinará su traslado terrestre en ambulancia únicamente del lugar donde ocurra la emergencia hacia el hospital.

Límites:

Alquiler de equipo médico duradero: Una (1) vez en el año póliza por cada equipo médico duradero descrito, con un máximo de treinta (30) días calendario de alquiler.

Traslado terrestre en ambulancia: Dos (2) traslados en el año póliza. En caso de no contar con la disponibilidad inmediata de los proveedores de la red, se coordinará el traslado con la Cruz Roja.

2.2. ASISTENCIA PLENITUD PLUS

I. Servicios de atención médica: A consecuencia de un accidente o enfermedad no preexistente, la prestadora de servicios brindará y coordinará los siguientes servicios según sus necesidades:

- a. **Teledoctor para el grupo familiar:** Se pondrá en contacto al solicitante con un médico general a través de la aplicación tecnológica (App) llamada "Teledoctor Paciente", para que este le brinde orientación en la utilización de medicamentos, sobre síntomas o molestias que le estén aquejando, recomendaciones médicas y farmacéuticas en general e interpretación de exámenes de laboratorio. Este servicio no sustituye la visita presencial, por lo que el médico no diagnosticará o prescribirá.
- b. **Servicios de coordinación para el Asegurado:** Se le brindará y coordinará un(a) enfermero(a) para realizar cuidados generales de enfermería en su domicilio, como también, el alquiler de equipo médico duradero, pudiendo seleccionar entre: una silla de ruedas estándar de transporte manual, cama hospitalaria manual estándar, cama hospitalaria eléctrica estándar, andadera de aluminio plegable de 4 puntos y muletas de aluminio estándar. Bajo esta asistencia también se podrá brindar y coordinar servicio de mensajería para traslado de documentación.

Límites:

Servicio de enfermería domiciliar: Un (1) evento en el año póliza, con un máximo de doce (12) horas, sujeto a ser brindado exclusivamente dentro de las principales ciudades de la Gran Área Metropolitana.

Alquiler de equipo médico duradero: Una (1) vez en el año póliza por cada equipo médico duradero descrito, con un máximo de treinta (30) días calendario de alquiler.

Servicio de mensajería: Un (1) evento en el año póliza, sujeto a que el precio del desplazamiento del lugar donde se recojan los documentos hasta un único destino no exceda la cantidad de treinta dólares americanos (USD \$30.00).

II. Servicio de asistencia tecnológica para el grupo familiar: Se brindará al solicitante, vía telefónica o remota, con un profesional en sistemas de cómputo quien podrá asesorarlo en temas tecnológicos.

3. CONDICIONANTES DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA:

- a. Todos los servicios serán brindados por los proveedores de la prestadora de servicios, sujeto a disponibilidad en la localidad del domicilio del solicitante.
- b. El costo de transporte bajo el servicio de alquiler de equipo médico duradero no tendrá ningún costo dentro del territorio de las principales ciudades del Gran Área Metropolitana, fuera de este territorio el costo del transporte deberá ser pagado por el Asegurado.
- c. Los servicios de traslado terrestre en ambulancia y el servicio de enfermería domiciliar deberán ser previamente autorizados en una orientación médica telefónica o teledoctor.
- d. Los servicios de teledoctor y asistencia tecnológica serán brindados sin límite de eventos en el año póliza.
- e. El servicio de asistencia tecnológica será brindado en horario hábil de lunes a viernes de 10 a.m. a 5:00 p.m. y sábados de 10:00 a.m. a 12:00 p.m. limitándose a cubrir la asesoría en instalación y desinstalación de programas, filtros de seguridad de internet, acceso al correo electrónico del solicitante o sistemas periféricos, guía en el sistema operativo Windows y ubicación de funciones de los programas del paquete Office.
- f. Cualquier costo que supere los montos máximos de cobertura establecidos en los servicios debido a solicitudes extras, deberá ser pagado por el solicitante antes de la prestación del servicio.
- g. La prestadora de servicios quedará sin responsabilidad alguna con las decisiones o acciones que el solicitante pueda llegar a realizar por la prestación de los servicios.

5. EXCLUSIONES

Esta póliza, de forma general en todas las coberturas, no cubre las pérdidas que se produzcan por:

- 1. Guerra civil o internacional, motín, huelga, movimiento subversivo o, en general, conmociones populares de cualquier clase.**
- 2. Erupción volcánica, temblor de tierra o cualquier otro desastre natural.**
- 3. Acción u omisión premeditada, intencional, por culpa grave o por descuido por parte del Asegurado.**
- 4. Condición preexistente a la contratación del seguro que afecten el interés que se asegura, sean congénitas o no.**
- 5. Actos delictivos o el incumplimiento de la ley por parte del Asegurado.**
- 6. Riñas o peleas.**
- 7. Realización de una actividad que genere una agravación del riesgo, como: actividades o deportes que requieran de medidas de seguridad o protección. Aviación siempre y cuando no figure como pasajero de una línea comercial, utilización de motocicletas terrestres (cuando se conduzcan con fines distintos a su uso como transporte cotidiano y/o laboral) o acuáticas, actividades en las que se utilicen armas, municiones, explosivos o sustancias químicas o prestar servicios de seguridad, policiales, militares o guardia nacional.**
- 8. Lesiones que se produzca por causa o como consecuencia del consumo de alcohol, estupefacientes, sustancias alucinógenas, drogas tóxicas o heroicas ingeridas voluntariamente por la persona asegurada, que no hayan sido por prescripción médica.**

Exclusiones específicas a los Servicios de Asistencia:

- 1. Cualquier enfermedad crónica.**
- 2. Epidemia, endemia o pandemia declarada por las autoridades locales o internacionales.**
- 3. Bajo el servicio de enfermería domiciliar quedan excluidos los servicios que no sean de índole médica, administración de medicamentos sin prescripción médica y procedimientos de atención médica especializada, a vía de ejemplo, pero no limitado a, colocación o retiro de sondas, realización o retiro de suturas, lavados y desbridamientos, retiro de drenajes y similares.**

6. SUMA ASEGURADA

La Suma Asegurada para la Cobertura Básica se establece en la Propuesta de Seguro de acuerdo con el plan contratado.

7. PERÍODO DE COBERTURA A BASE DE OCURRENCIA

El presente seguro cubrirá únicamente reclamos por siniestros ocurridos durante la vigencia de la póliza, aun si el reclamo se presenta después de vencida dicha vigencia.

8. TERRITORIALIDAD

La Cobertura Básica de Fractura de Huesos garantiza al Asegurado protección en todo momento y lugar.

El servicio de asistencia garantiza protección únicamente dentro de la República de Costa Rica.

9. OBLIGACIONES DEL TOMADOR Y ASEGURADO

- a. Brindar la información requerida al momento de contratar el seguro, o bien, sobre la ocurrencia de siniestros y solicitudes del Servicio de Asistencia, de forma veraz y oportuna.
- b. Realizar el pago de la prima en tiempo y forma.
- c. Brindar la información relacionada la Ley 8204 sobre prevención de legitimación de capitales. En caso contrario, la Compañía podrá dejar de pagar cualquier indemnización que corresponda hasta que se aporte la correspondiente información.

10. PRIMA

El Tomador se obliga a pagar la cantidad que señale la Compañía por concepto de prima, de acuerdo con lo establecido en la Propuesta de Seguro.

El pago de la prima será de pago fraccionado debiendo hacerse con la periodicidad indicada en la Propuesta de Seguro, dichos pagos se realizarán al medio de pago también indicado en la Propuesta de Seguro, sin aplicar recargos por pago fraccionado.

11. AJUSTE DE PRIMA EN CASO DE PRÓRROGA

El valor de la prima se determinará de acuerdo con el grupo etario en el cual se encuentre el Asegurado. La Compañía ajustará el valor de la prima de esta póliza cuando el Asegurado supere la edad límite de cada grupo etario tal y como se establece en la Propuesta de Seguro, en las secciones de monto de prima mensual por pagar por cada plan. No se trata de un recargo en la prima sino de tarifas niveladas por grupos etarios.

12. PERÍODO DE GRACIA

Se concede un período de gracia de sesenta (60) días naturales para el pago de la prima en cualquier fecha de vencimiento independientemente de la frecuencia de pago.

13. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO

En caso de siniestro, el Asegurado deberá comunicarse telefónicamente al número de teléfono **(+506) 2503-ASSA (2503-2772)** o al correo electrónico: reclamosautoexp@assanet.com. En caso de requerir alguno de los servicios de asistencia o consultar sobre los proveedores de la misma, deberá marcar la **opción 4** o al número **(+506) 2503-2710 opción 2**. El aviso de siniestro no deberá exceder el plazo máximo de siete (7) días hábiles siguientes a la fecha de ocurrencia del siniestro.

Requisitos por presentar:

a. Bajo la Cobertura Básica:

- El formulario de reclamación suministrado por la Compañía.
- Informe del diagnóstico con firma y sello del médico tratante acreditando la fractura y el tipo de hueso.
- Estudios radiológicos (Rayos X).
- Copia del documento de identidad del Asegurado. En el caso de extranjeros deberá presentar fotocopia de documento válido de identidad o pasaporte de todas sus páginas.
- Boleta de autorización para revisión de expedientes clínicos debidamente firmada por el Asegurado.

b. En caso de requerir del servicio de alquiler de equipo médico duradero:

- Certificado médico firmado y sellado por un médico en el cual se detalle la necesidad o incapacidad.
- Firmar un formulario de responsabilidad entregado por el proveedor del servicio.
- Realizar el pago del depósito de garantía al proveedor del servicio. Transcurrido el plazo de alquiler, sin exceder de los treinta (30) días, el proveedor del servicio recogerá el equipo médico duradero, inspeccionándolo antes de la devolución de depósito de garantía. En caso de avería, robo, extravío, desconfiguración, sea total o parcial, del equipo médico duradero, el Asegurado será el único responsable del costo de reparación o reposición del equipo.

c. En caso de requerir del servicio de enfermería domiciliar:

- Consentimiento firmado por la prestación del servicio asistencial al momento que se presente el enfermero(a).
- Original de la prescripción y/u órdenes directas del médico tratante del Asegurado.

Cuando la Compañía revise la información presentada y detecte la falta de requisitos para la presentación de un reclamo, comunicará el requerimiento al Asegurado. **No se tramitará ninguna solicitud de reclamación con los requisitos incompletos.**

Luego de presentados todos los requisitos, la Compañía brindará respuesta al Asegurado dentro de los diez (10) días hábiles siguientes. A partir de la aceptación del reclamo la Compañía deberá efectuar el pago dentro de los diez (10) días hábiles siguientes.

14. VIGENCIA DEL SEGURO

La presente póliza cuenta con una vigencia de un (1) año calendario contado a partir de la fecha de inicio de vigencia indicada en la Propuesta de Seguro, salvo se pacte otra cosa en la misma. Lo anterior sujeto al pago de la prima en tiempo y forma también descritos en la Propuesta de Seguro.

15. PRÓRROGA

Esta póliza es prorrogable automáticamente por períodos iguales de manera indefinida, salvo que el Asegurado exprese lo contrario con al menos treinta (30) días de anticipación a la fecha de vencimiento, o que no cumpla con los requisitos de asegurabilidad o se encuentre incluido en alguna lista de sanciones económicas a nivel mundial. En caso de que la Compañía requiera incluir modificaciones en la prima, estas deberán ser comunicadas con (30) días de anticipación a la fecha de prórroga.

16. TERMINACIÓN DEL SEGURO

Este seguro se dará por terminado cuando se presente alguna de las siguientes condiciones:

- A solicitud expresa del Asegurado.
- Cuando se decrete la nulidad absoluta de la póliza de conformidad con el artículo 32 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.
- Cuando exista mora en el pago de la prima y se proceda conforme a lo indicado por el artículo 37 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguro.
- Fallezca el Asegurado.
- Por encontrarse cualquiera de las partes involucradas en alguna de las situaciones contempladas en la sección Limitación por Sanciones de estas condiciones, incluyendo, según corresponda, al Contratante, Asegurado, Beneficiario o a quien efectúe el pago de las primas.

En el caso que existan primas no devengadas a la fecha de finalización anticipada de la póliza, estas serán devueltas al Asegurado en el plazo de diez (10) días naturales, contados a partir de la finalización anticipada de la póliza.

17. DERECHO DE RETRACTO

En caso de que el seguro sea cancelado a solicitud Asegurado durante los primeros cinco (5) días hábiles posteriores a la emisión de la póliza, se le devolverá el cien por ciento (100%) de las primas que haya pagado, siempre y cuando no haya ocurrido un siniestro.

18. CONDICIONES VARIAS

A. EDAD MÍNIMA DE CONTRATACIÓN

La edad mínima para contratar este seguro es de dieciocho (18) años. No existirá una edad máxima para la contratación de este seguro.

B. MONEDA

Todos los valores de esta póliza serán expresados en colones costarricenses.

C. LIMITACIÓN POR SANCIONES

La Compañía no estará obligada a pagar reclamos sobre eventos cubiertos bajo esta Póliza cuando dichos pagos pudiesen violar disposiciones normativas internacionales o locales sobre la prevención de los delitos de blanqueo de capitales, lavado de activos, narcotráfico, financiamiento al terrorismo y prevención de la proliferación de armas de destrucción masiva, así como posibles pagos que pudiesen trasgredir sanciones económicas y/o comerciales establecidas en leyes o reglamentos internacionales de los que sea parte la República de Costa Rica o aquellas con las que la República de Costa Rica mantiene relaciones diplomáticas o comerciales incluyendo pero sin limitar la generalidad de lo anterior; los de la Organización de las Naciones Unidas incluyendo el Consejo de Seguridad de los Estados Unidos de América, Japón, Reino Unido o de la Unión Europea.

En adición, la Compañía no estará obligada a pagar reclamos o en general desembolsar sumas de dinero relacionadas a eventos cubiertos bajo esta Póliza cuando el contratante, cualquiera de las partes aseguradas o beneficiarias o la persona que, por las causas que fuere paga las primas a la Compañía, incluyendo en el caso de personas jurídicas a sus accionistas, beneficiarios finales, Directores, Dignatarios, Administradores, Apoderados y Ejecutivos, se encuentren o sean mencionados en una de las listas emitidas por la Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC por sus siglas en inglés) del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos de América o pertenezcan a países incluidos en dichas listas y /o cualquier otra lista a nivel mundial que tenga por objeto el establecimiento de medidas para contrarrestar o prevenir el blanqueo de capitales, lavado de activos, el narcotráfico, financiamiento al terrorismo, guerras y el financiamiento de la proliferación de armas de destrucción masivas.

En consecuencia, la materialización de alguna de las situaciones anteriormente descritas faculta a la Compañía para dar por terminada la Póliza de forma inmediata sin responsabilidad alguna.

D. LEGISLACIÓN APLICABLE

Además de las estipulaciones contractuales establecidas en este seguro, de manera supletoria se aplicarán las disposiciones contenidas en la Ley Reguladora del Mercado de Seguros (Ley N°8653); Ley Reguladora del Contrato de Seguros (Ley N°8956); Ley de Promoción de la Competencia y Defensa Efectiva del Consumidor (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.

19. INSTANCIAS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

En caso de que el consumidor de seguros vea afectados sus derechos o exista una reclamación sobre la interpretación del contrato de seguro, tendrá derecho a acudir en primera instancia ante la Compañía, o bien, al **Centro de Defensa del Asegurado (CDA)**, al **teléfono 2291-0315**, **correo: clienteseguros@aap.cr**. En cada instancia no podrá superarse el plazo de diez (10) días hábiles a partir de su presentación. Agotada la instancia del CDA podrá interponer la queja ante la SUGESE. En el caso de reclamación, podrá acudir a la instancia judicial o arbitral según acuerden las partes.

El Asegurado podrá interponer la queja ante la Superintendencia General de Seguros al correo sugese@sugese.fi.cr o al teléfono (+506) 2243-5108 de la central telefónica.

20. COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES

Las comunicaciones relacionadas con este seguro serán remitidas por la Compañía directamente al Asegurado a través del medio de comunicación que haya indicado en la Propuesta de Seguro.

El Asegurado deberá reportar por escrito a la Compañía la modificación del medio de comunicación, de lo contrario, se tendrá por correcta para todos los efectos, la última información de contacto.

Registro en SUGESE número: P20-76-A05-928 de fecha 05 de agosto del 2021 con fecha de actualización 05 de setiembre del 2025.



DERSA SEGURO
AUTOEXPEDIBLE VIV