

A woman with long dark hair, wearing a white short-sleeved shirt and a red polka-dot apron, is smiling as she cleans a glass bottle with a sponge. She is wearing black gloves. The background is a kitchen with a clock on the wall and a window with curtains. The entire image has a red overlay.

CONDICIONES GENERALES DEL
PROGRAMA DE ASISTENCIA
**UPGRADE EMPLEADA
DEL HOGAR**

CONDICIONES GENERALES DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA UPGRADE EMPLEADA DEL HOGAR

En las presentes condiciones se detallan las características generales y coberturas del Programa de Asistencia Upgrade Empleada del Hogar.

Para todos los fines del presente anexo, se hace constar que contrario a lo indicado en los anexos de asistencias entregados con anterioridad, los términos, condiciones y estipulaciones no modificados por el presente documento permanecen inalterables.

Para efectos de límites territoriales se aclara que el servicio de asistencia se brindará en todo el territorio nacional de la República de Honduras con el respaldo de **ASÍ Asistencia Internacional**.

Para poder contratar el presente Programa de Asistencias la Afiliada deberá tener contratado alguno de los siguientes programas de asistencias: Mujer Líder, Líder de Familia y/o Mujer Líder de Negocios.

CLÁUSULA 1. DEFINICIONES

Para efectos de la interpretación y aplicación de este Anexo, adicional a las ya establecidas en los Anexos de asistencias entregados con anterioridad, se establecen las definiciones siguientes:

1. EMPLEADA DEL HOGAR: Es aquella persona que residiendo o no el lugar de trabajo, ejecuta tareas de aseo, cocina, lavado, planchado, cuidado de niños, jardinería, cuidado de animales y demás tareas propias del hogar.

CLÁUSULA 2. DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS Y SUS COBERTURAS

La Afiliada, su(s) Dependiente(s) y su Empleada del Hogar cuando corresponda, podrán contar con los siguientes servicios de asistencia:

1. ASISTENCIA EMPLEADA DEL HOGAR:

1.1. ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA: Por solicitud de la Empleada del Hogar, la Prestadora de Servicios la pondrá en contacto con médico para que, ante cualquier consulta médica, le brinde orientación médica, utilización de medicamentos para la prevención de automedicación, orientación sobre síntomas o molestias que le estén aquejando, recomendaciones médicas en general, farmacéutica e interpretación de exámenes de laboratorio.

Queda entendido que la orientación médica telefónica no sustituye una visita presencial, por lo cual el médico no tiene permitido diagnosticar o recetar vía telefónica. El servicio se utilizará solamente como una orientación.

Este servicio será brindado sin límite de eventos al año.

1.2. TRASLADO TERRESTRE EN AMBULANCIA: La Prestadora de Servicios brindará el traslado terrestre en ambulancia en caso de que la Empleada del Hogar a consecuencia de una emergencia causada por un accidente o enfermedad, requiera y solicite ser trasladada al centro hospitalario más cercano, con previa evaluación y aprobación del médico general o personal de cabina de la Prestadora de Servicios. En caso de que la Empleada del Hogar no se pueda comunicar, el servicio lo podrá solicitar cualquier persona que se encuentre con la afectada para brindar la información que se solicite.

El personal médico de la Prestadora de Servicios orientará a quien solicita el servicio respecto de las conductas provisionales que se deben asumir, mientras se produce el contacto con la ambulancia.

Una vez finalizado el traslado de ambulancia, todo gasto posterior incurrido a consecuencia de la atención médica será responsabilidad de la Empleada del Hogar.

Este servicio será brindado por un límite máximo de tres (3) traslados al año, dentro del territorio hondureño. Se brindará siempre y cuando se tenga la infraestructura privada, en caso de no tenerla se coordinará con ambulancia pública o Cruz Roja.

1.3. CITA PRESENCIAL CON MÉDICO GENERAL: Por solicitud de la Afiliada, Dependientes o Empleada del Hogar a consecuencia de una emergencia causada por un accidente o enfermedad no preexistente, la Prestadora de Servicios podrá dirigirla con un médico general para realizarle una evaluación clínica.

Esta asistencia está sujeta a la autorización de un médico general perteneciente a la red médica, con el cual se realizará previamente una orientación médica telefónica.

Este servicio será brindado por un límite máximo de tres (3) citas al año en conjunto de Afiliada, Dependientes y Empleada del Hogar.

El servicio cubre únicamente el costo de la cita presencial y quedan excluidos de la misma cualquier medicamento o procedimiento médico diferente a la evaluación clínica.

1.4. CITA PRESENCIAL CON GINECÓLOGO: Por solicitud de la Empleada del Hogar a consecuencia de una emergencia causada por un accidente o enfermedad no preexistente, la Prestadora de Servicios podrá dirigirla con un ginecólogo para realizarle una evaluación clínica.

Esta asistencia está sujeta a la autorización de un médico general perteneciente a la red médica, con el cual se realizará previamente una orientación médica telefónica.

Este servicio será brindado por un límite máximo de tres (3) citas al año.

El servicio cubre únicamente el costo de la cita presencial y quedan excluidos de la misma cualquier medicamento o procedimiento médico diferente a la evaluación clínica.

1.5. EXAMEN DE RAYOS X, TOMOGRAFÍA O ELECTROCARDIOGRAMA: Por solicitud de la Empleada del Hogar a consecuencia de una emergencia causada por un accidente, la Prestadora de Servicios le coordinará una cita con un centro de diagnóstico, perteneciente a la red de proveedores, para que le sea realizado un examen de rayos x, tomografía o electrocardiograma según corresponda.

Este servicio será brindado por un límite máximo de un (1) evento al año, sujeto a un período de carencia de seis (6) meses.

1.6. SERVICIO DE REFERENCIAS DE TÉCNICOS PARA MANTENIMIENTO GENERAL DEL HOGAR: Por solicitud de la Empleada del Hogar cuando requiera información referencial de profesionales en reparación, mantenimiento, limpieza, fumigación, ampliación o remodelación, la Prestadora de Servicios, le brindará información de interés, vía telefónica, para que pueda solicitar servicios de manera particular, queda entendido que la selección del profesional, así como la coordinación de los servicios y demás costos en que se incurran, correrán por cuenta exclusiva del solicitante.

Este servicio será brindado sin límite de eventos al año.

1.7. ASISTENCIA FUNERARIA POR FALLECIMIENTO DE LA EMPLEADA DEL HOGAR POR CUALQUIER CAUSA: Por solicitud de la Afiliada, Dependiente y/o familiar en caso de muerte de la Empleada del Hogar a consecuencia de un accidente o enfermedad no preexistente, se le brindarán los siguientes servicios:

SERVICIO FUNERARIO

Bajo esta asistencia, por medio de la red de proveedores, se ofrece:

- Apoyar en la realización de los trámites legales ante las autoridades competentes de Honduras.
- Brindar el traslado del cuerpo a la sala o domicilio de velación a nivel nacional, al templo de la iglesia (misa o culto de cuerpo presente) y al cementerio de la zona seleccionada por los familiares.
- Proveer un féretro que cumpla con las siguientes características: de madera, corte lineal, acolchonado, tapizado interior de tela, con vidrio en la parte superior frontal y de tamaño estándar.
- Brindar el servicio de tanatopraxia (preparación del cuerpo para la velación).
- Proveer la utilización de salas de velación o servicio a domicilio en el lugar de velación por un lapso de veinticuatro (24) horas.
- Proveer un (1) arreglo floral para el centro del féretro y dos (2) arreglos adicionales tamaño mediano.
- Brindar servicio de café, refrescos y alimentación ligera en la sala de velación, para todos los asistentes. En el servicio a domicilio adicionalmente se incluye alquiler de sillas, altar y base donde se coloca el féretro.
- Coordinar y cubrir los costos de la celebración del servicio religioso a cargo de un ministro de culto indicado por la familia.
- Cubrir los gastos de cremación o de sepultura (sin incluir nicho y/o fosa funeraria), únicamente se cubrirán los gastos ya sea de inhumación o de cremación y siempre sujeto a disponibilidad de los proveedores.

Para solicitar este servicio el solicitante deberá de proporcionar a la Prestadora de Servicios el certificado de defunción o documento legal que acredite la muerte de la Empleada del Hogar.

Para poder brindar este servicio en caso de fallecimiento de la Empleada del Hogar a consecuencia de alguna enfermedad no preexistente, el fallecimiento deberá ocurrir después de transcurridos noventa (90) días a partir de la contratación del presente Programa de Asistencias.

2. BENEFICIOS PREFERENCIALES

2.1. CONSULTA Y LOCALIZACIÓN DE MEJORES PRECIOS DE MEDICAMENTOS: Por solicitud de la Empleada del Hogar, la Prestadora de Servicios realizará la búsqueda del mejor precio de un medicamento, por marca comercial, en las farmacias cercanas a la ubicación del solicitante y le transmitirá la información vía telefónica, quedando

entendido que este servicio es meramente informativo y en ningún momento se diagnosticará o recetará a ningún paciente.

Este servicio será brindado sin límite de eventos al año.

2.2. DESCUENTOS EN EXÁMENES DE LABORATORIO: Por solicitud de la Empleada del Hogar, la Prestadora de Servicios le brindará el beneficio de descuentos especiales en exámenes de laboratorio e imágenes diagnósticas previamente autorizados, que pertenezcan a la red de proveedores.

El porcentaje de descuento especial dependerá del proveedor seleccionado y no aplicarán para estudios de radiología.

Este servicio será brindado sin límite de eventos al año.

CLÁUSULA 3. LIMITACIÓN A COBERTURAS DE ASISTENCIA CON CITA PRESENCIAL

Para las coberturas de servicios de asistencia que comprenden la cita presencial, se deben cumplir con las siguientes limitaciones:

- a. El horario hábil de la prestación de los servicios es de lunes a viernes de 9:00 a.m. a las 5:00 p.m. y sábado de 9:00 a.m. a 12:00 p.m.
- b. Los servicios serán brindados por los proveedores de la red médica de la Prestadora de Servicios.

CLÁUSULA 4. EXCLUSIONES GENERALES

Quedan excluidos de los servicios establecidos, las reclamaciones o solicitudes de servicios por los siguientes conceptos:

1. Cuando por orden de autoridad competente se impida la ejecución de los servicios.
2. Los servicios que la Afiliada, Dependientes o Empleada del Hogar hayan contratado sin previo consentimiento de la Prestadora de Servicios.
3. Los servicios originados, directa o indirectamente, de actos realizados por la Afiliada, Dependiente(s) o Empleada del Hogar con dolo o mala fe.
4. Los gastos derivados de lesiones ocasionadas por prácticas deportivas amateur, profesionales y deportes extremos.
5. La asistencia y gastos por enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión voluntaria de alcohol, drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos adquiridos sin prescripción médica.
6. Los servicios derivados de enfermedades o condiciones preexistentes, y de padecimientos crónicos.

7. Epidemia, endemia o pandemia declarada por las autoridades locales o internacionales.

8. Los fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico tales como inundaciones, terremotos, tsunamis, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, derrumbes, caídas de aerolitos, otros, etc.

9. Los derivados de la energía nuclear radioactiva.

10. Hechos derivados de terrorismo, motín o tumulto popular.

11. Hechos o actuaciones de la Fuerza Pública y otros cuerpos de seguridad.

12. Cuando la Afiliada, Dependiente o Empleada del Hogar no proporcionen información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente la emergencia o siniestro.

13. Cuando la Afiliada, Dependiente o Empleada del Hogar incumplan cualquiera de las obligaciones del servicio de asistencia indicados en el presente anexo.

14. En caso de que la Afiliada, Dependiente o Empleada del Hogar incumplan en reportar la necesidad del servicio de asistencia dentro de las 24 horas siguientes de identificada la emergencia.

15. Eventos en los que la Afiliada, Dependientes o Empleada del Hogar hayan participado voluntariamente y constituyan una infracción a las leyes, reglamentos u ordenanzas legales.

16. Bajo el servicio de Traslado Terrestre en Ambulancia quedan excluidos:

16.1. Traslados interhospitalarios.

16.2. Traslados del hospital hacia el domicilio de la Afiliada, Dependiente o Empleada del Hogar.

16.3. Traslados del hospital hacia centros de diagnóstico, laboratorios, clínicas u otros.

CLÁUSULA 5. OBLIGACIONES DE LA AFILIADA, DEPENDIENTES Y EMPLEADA DEL HOGAR

Con el fin de que la Afiliada, su(s) Dependiente(s) o Empleada del Hogar pueda(n) hacer uso de los servicios contemplados, deberán cumplir con las siguientes obligaciones:

1. Abstenerse de realizar gastos o arreglos sin haber consultado previamente con la Prestadora de Servicios.
2. Identificarse como Afiliada, Dependientes o Empleada del Hogar ante los empleados de la Prestadora de Servicios o ante las personas que esta última compañía contrate con el propósito de prestar los servicios contemplados en el presente documento.
3. Ser Afiliada activa y permanecer al día en los pagos asociados al Programa de Asistencias.
4. En caso de que la Afiliada, Dependiente o Empleada del Hogar se vea en la necesidad de cancelar una cita presencial, deberá avisar a la Prestadora de Servicios vía telefónica con veinticuatro (24) horas de anticipación a la cita programada, caso contrario se tomará como evento consumido para su plan.

CLÁUSULA 6. SOLICITUD DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA

En caso de requerir asistencia, la Afiliada, su(s) Dependiente(s) o Empleada del Hogar deberá(n) comunicarse al Call Center de servicio al cliente (+504) 2283-6272 en donde también podrán solicitar informes actualizados de los proveedores de la Prestadora de Servicios.

CLÁUSULA 7. GENERALIDADES

1. La Prestadora de Servicios se compromete a prestar la asistencia siempre y cuando sean brindados y coordinados para beneficio de la Afiliada, Dependientes o Empleada del Hogar.
2. La Prestadora de Servicios no se responsabiliza por ningún servicio coordinado directamente por la Afiliada, Dependiente o Empleada del Hogar con un proveedor dentro o fuera de la red y en ningún caso realizará reembolso de los gastos incurridos.
3. La Prestadora de Servicios quedará sin responsabilidad alguna con las decisiones o acciones que la Afiliada, Dependiente o Empleada del Hogar pueda llegar a realizar.

CLÁUSULA 8. COSTO DEL PROGRAMA DE ASISTENCIAS

Los servicios del Programa de Asistencias Upgrade Empleada del Hogar tendrán un costo mensual de ciento quince lempiras (L115.00). La Afiliada podrá visualizar el cargo mensual en su Estado de Cuenta, Libreta de Ahorro o a través de la página web de Banco Atlántida.

CLÁUSULA 9. CARGO DEL PROGRAMA DE ASISTENCIAS

El cargo del Programa de Asistencias Upgrade Empleada del Hogar se efectuará de forma mensual; sin embargo, la Afiliada gozará del servicio siempre y cuando el cargo haya sido exitoso; para ellos la cliente deberá de contar con fondos disponibles en la cuenta o Tarjeta de Crédito, de no ejecutarse el cargo en un plazo de sesenta (60) días por responsabilidad de la Afiliada automáticamente quedará cancelado y sin ninguna responsabilidad para el banco.

CLÁUSULA 10. CANCELACIÓN DEL PROGRAMA DE ASISTENCIAS

El Programa de Asistencias Upgrade Empleada del Hogar podrá ser cancelado por parte de la Afiliada en cualquier momento que lo desee, sin embargo, no será reembolsable ningún monto de los meses cobrados con anterioridad por parte del banco, haya o no utilizado el servicio.

CLÁUSULA 11. COMUNICACIÓN Y PUBLICIDAD

Banco Atlántida pondrá a disposición del cliente material publicitario a través de los siguientes medios de comunicación:

- Página Web.
- Agencias a Nivel Nacional.
- SMS y correos electrónicos.
- Estados de Cuenta.
- Cualquier otro medio que el Banco designe.