

A photograph of a woman and a young child sitting at a desk, both focused on writing in a notebook. The woman is on the left, leaning over the child on the right. The child is holding a pencil and writing. The entire image is overlaid with a semi-transparent red filter. The text is centered in white.

CONDICIONES GENERALES DEL  
PROGRAMA DE ASISTENCIA  
**REMESAS**

## CONDICIONES GENERALES DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA REMESAS

En las presentes condiciones se detallan las características generales y coberturas del Programa de Asistencias Remesas.

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**.

### CLÁUSULA 1. DEFINICIONES

Para efectos de la interpretación y aplicación del presente Programa de Asistencias, se establecen las definiciones siguientes:

- 1. ACCIDENTE:** Todo acontecimiento involuntario que provoque daños materiales y/o corporales a un Afiliado o Dependiente, que sea causado única y directamente por una causa externa, violenta, imprevista, fortuita y evidente (excluyendo cualquier enfermedad), durante la vigencia del contrato de asistencia al cual hace referencia este documento.
- 2. AFILIADO:** Persona física que es cliente de EL BANCO y que ha contratado el presente Programa de Asistencias.
- 3. DEPENDIENTE(S):** Son dependientes del Afiliado, su cónyuge o compañera(o) permanente y sus hijos menores de veinticinco (25) años que dependan económicamente del Afiliado.
- 4. EMERGENCIA:** Hecho súbito e imprevisto ocurrido de forma fortuita o accidental que pone en riesgo la vida y la integridad física del Afiliado o su(s) Dependiente(s), así como la seguridad y utilización de sus bienes objeto de asistencia. Una vez identificada deberá ser reportada a la Prestadora de Servicios durante las veinticuatro (24) horas siguientes de haber ocurrido.
- 5. ENFERMEDAD:** Toda alteración de salud sufrida por el Afiliado o su(s) Dependiente(s), que se origine independientemente de hechos accidentales y sea diagnosticada mientras se encuentre en vigor la cobertura del Programa de Asistencias.
- 6. ENFERMEDAD CRÓNICA:** Enfermedad grave e incurable que puede ser controlada bajo cuidados médicos especiales y específicos.
- 7. ENFERMEDAD O CONDICIÓN PREEXISTENTE:** Cualquier Enfermedad física o mental, lesión o dolencia que haya sufrido el Afiliado o Dependiente(s) con anterioridad a la fecha de contratación del Programa de Asistencias.
- 8. GRUPO FAMILIAR:** Conjunto de personas conformado por el Afiliado y su(s) Dependiente(s).

**9. PERÍODO DE CARENCIA:** Plazo de tiempo con posterioridad a la fecha de adquisición del Programa de Asistencias durante el cual no amparará ninguna reclamación bajo las coberturas donde corresponda.

**10. PRESTADORA DE SERVICIOS:** ASÍ Asistencia Internacional S.A., es la empresa que actúa como la operadora y prestadora de los servicios de asistencia de manera directa o a través de su red de proveedores.

**11. PROGRAMA DE ASISTENCIAS:** El Programa de Asistencias es el conjunto de servicios de asistencias que el Afiliado tiene derecho a solicitar y recibir, según el plan contratado de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones establecidas en el presente documento.

**12. REMESA:** Transferencias personales de dinero que una persona recibe de otra persona que reside en el extranjero.

**13. REMITENTE:** Persona que no reside en el territorio hondureño, que a través de una remesa envía dinero al Afiliado.

### CLÁUSULA 2. DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS Y SUS COBERTURAS

El Afiliado, Dependiente(s) y Remitente, cuando corresponda, podrán contar con los siguientes servicios de asistencia:

#### 1. ASISTENCIA MÉDICA Y A LA SALUD

**1.1. TELEDOCTOR:** El miembro del Grupo Familiar se pondrá en contacto con un médico general a través de la aplicación tecnológica (App) llamada Teledocor Paciente, 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, guardando un historial clínico bajo estrictas medidas de confidencialidad en la protección de los datos.

Este servicio no sustituye la visita presencial, por lo cual el médico no diagnosticará o recetará vía telefónica.

Este servicio será brindado sin costo adicional y sin límite de eventos al año.

**1.2. TRASLADO TERRESTRE EN AMBULANCIA:** La Prestadora de Servicios brindará el servicio de traslado médico terrestre en ambulancia a requerimiento y/o solicitud de algún miembro del

Grupo Familiar, a consecuencia de una emergencia causada por un accidente o enfermedad, para ser trasladado 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 el miembro del Grupo Familiar no se pueda comunicar, el servicio lo podrá solicitar cualquier persona que se encuentre con el afectado 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 del Grupo Familiar.

Este servicio será brindado por un límite máximo de cuatro (4) traslados al año por Grupo Familiar, 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, GINECÓLOGO O PEDIATRA A PRECIO PREFERENCIAL:** Por solicitud del miembro del Grupo Familiar, a consecuencia de un accidente o enfermedad no preexistente, la Prestadora de Servicios lo podrá dirigir con un médico general, ginecólogo o pediatra para realizarle una evaluación clínica. Esta asistencia está sujeta a la autorización de un médico general, perteneciente a la red médica de la Prestadora de Servicios, con el cual se realiza previamente una orientación médica telefónica.

Cuando corresponda, queda entendido que, para la cita presencial con Pediatra, el(la) niño(a) dependiente deberá ser menor de catorce (14) años de edad.

Las citas se brindarán y coordinarán únicamente dentro del territorio de las ciudades de Tegucigalpa, San Pedro Sula y La Ceiba.

Este servicio será brindado por un límite máximo de cuatro (4) citas al año por grupo Familiar, ya sea que se utilice en una sola especialidad o en combinación de especialidades, al precio preferencial de doscientos cincuenta lempiras (L.250.00) por cita.

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

**1.4. EXAMEN DE RAYOS X O ELECTROCARDIOGRAMA A PRECIO PREFERENCIAL:** Por solicitud de algún miembro del Grupo Familiar, a consecuencia de un accidente o enfermedad no preexistente, la Prestadora de Servicios le podrá autorizar y coordinar una cita en un centro de diagnóstico, perteneciente a la red de proveedores, para que le sea realizado un examen de rayos x o electrocardiograma según lo requiera. Esta asistencia está sujeta a la autorización de un médico general, perteneciente a la red médica de la Prestadora de Servicios, con el cual se realiza previamente una orientación médica telefónica.

Los exámenes se brindarán y coordinarán únicamente dentro del territorio de las ciudades de Tegucigalpa, San Pedro Sula y La Ceiba.

Este servicio será brindado por un límite máximo de un (1) evento al año por Grupo Familiar entre los exámenes descritos anteriormente, al precio preferencial de cincuenta lempiras (L.50.00) por el examen de seleccionado, y sujeto a un período de carencia de seis (6) meses.

## **2. ASISTENCIA FUNERARIA**

**2.1. ASISTENCIA FUNERARIA POR FALLECIMIENTO DEL REMITENTE POR CUALQUIER CAUSA:** Por solicitud de algún familiar en caso de muerte del Remitente a consecuencia de un accidente o enfermedad no preexistente, se le brindarán los siguientes servicios:

### **I. REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES:**

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

- Recoger el cuerpo desde el sitio del fallecimiento.
- Realizar la preparación del cuerpo, embalsamamiento y tanatopraxia (preparación del cuerpo para la velación).
- Apoyar en la realización de los trámites legales, consulares y traslado de cuerpos hacia Honduras.
- Proveer un féretro hermético para la repatriación.
- Cubrir el costo del traslado del cuerpo a Honduras en transporte aéreo.
- Proveer una funda de protección para el revestimiento del féretro que evite posibles daños en el traslado aéreo.
- Realizar los trámites legales de aduana para la entrega del cuerpo en el aeropuerto internacional de Honduras.
- Brindar el traslado del cuerpo desde el aeropuerto internacional de Honduras hacia el lugar de velación, donde se prestará la asistencia funeraria a nivel nacional.

## ii. 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 del Remitente.

Para poder brindar este servicio en caso de fallecimiento del Remitente 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.

Este servicio se encuentra sujeto a un límite máximo de cobertura de cinco mil dólares americanos (USD \$5,000.00). El solicitante en todo momento deberá supervisar la prestación de los servicios.

### CLÁUSULA 3. LIMITACIÓN A COBERTURAS 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 solicitante deberá de realizar el pago del precio preferencial directamente al profesional en medicina, centro de diagnóstico o laboratorio al momento en que le sea prestado el servicio correspondiente.

c. Para todo servicio de cita presencial:

- 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.

- Las citas médicas tendrán un tiempo de espera de setenta y dos (72) horas entre cada cita.

d. En caso de necesidad de cancelar algún servicio de asistencia, se deberá avisar a la Prestadora de Servicios vía telefónica con veinticuatro (24) horas de anticipación, caso contrario se tomará como evento consumido.

e. Cualquier costo que supere los montos máximos de cobertura establecidos en los servicios o debido a solicitudes extras del Afiliado, deberá ser pagado por el solicitante con sus propios recursos antes de la prestación del servicio.

f. 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.

### 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 el Afiliado o Dependientes hayan contratado sin previo consentimiento de la Prestadora de Servicios.

3. Los servicios originados, directa o indirectamente, de actos realizados por Afiliado o Dependiente(s) con dolo o mala fe.

4. Los servicios solicitados a consecuencia 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 el Afiliado o Dependientes no proporcionen información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente la emergencia o siniestro.
13. Cuando el Afiliado o Dependientes incumplan cualquiera de las obligaciones del servicio de asistencia indicados en el presente documento.
14. En caso de que el Afiliado o Dependientes incumplan en reportar la necesidad del servicio de asistencia dentro de las 24 horas siguientes de identificada la emergencia.
15. Eventos en los que el Afiliado o su(s) Dependiente(s) haya(n) 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 del Afiliado o Dependiente.
  - 16.3. Traslados del hospital hacia centros de diagnóstico, laboratorios, clínicas u otros.

## **CLÁUSULA 5. OBLIGACIONES DEL AFILIADO Y DEPENDIENTES**

Con el fin de que el Afiliado o su(s) Dependiente(s) 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 Afiliado o Dependientes 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 Afiliado activo y permanecer al día en los pagos asociados al Programa de Asistencias.
4. En caso de que el Afiliado o Dependiente 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, el Afiliado o su(s) Dependiente(s) 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 del Grupo Familiar.
2. La Prestadora de Servicios no se responsabiliza por ningún servicio coordinado directamente por el Afiliado o Dependiente 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 el Afiliado o Dependiente pueda llegar a realizar.
4. Cualquier costo que supere los montos máximos de cobertura establecidos en los servicios de este anexo o debido a solicitudes extras, deberá ser pagado por parte del solicitante con sus propios recursos antes de la prestación del servicio.

## **CLÁUSULA 8. POLÍTICA DE USO RAZONABLE**

La Política de Uso Razonable se ha diseñado para impedir casos de uso desmedido, o excesivo, o abusivo, o incluso fraudulento de los servicios de asistencia por parte del Afiliado o Grupo Familiar, en este último cuando aplique. Se considerará como un Uso No Razonable, cuando el Afiliado o su Grupo Familiar hagan uso de un aproximado igual o superior del 150% más del costo o número de servicios mensuales en comparación con el costo o número de servicios mensuales promedio de la cartera, por un período de 2 meses.

Si se determina que el Afiliado o Grupo Familiar sobrepasa el porcentaje establecido, ASÍ ASISTENCIA deberá enviar un informe y de manera conjunta con EL BANCO se determinará si se procede con la terminación inmediata del Programa de Asistencia que el o los Afiliados hayan contratado, debiendo informar al o los Afiliados de tal decisión. En tal caso, ASÍ ASISTENCIA y EL BANCO deberán reembolsar al Afiliado cualquier pago realizado por adelantado, de los servicios de asistencia contratados.

## **CLÁUSULA 9. LÍMITES DE EDAD**

Las personas en los siguientes rangos de edad podrán adquirir y permanecer dentro del Programa de Asistencias:

- Edad mínima de contratación: dieciocho (18) años.
- Edad máxima de contratación: sesenta (60) años y trescientos sesenta y cuatro (364) días.
- Edad máxima de permanencia: sesenta y cinco (65) años y trescientos sesenta y cuatro (364) días.

**CLÁUSULA 10. COSTO DEL PROGRAMA DE ASISTENCIAS**

Los servicios del Programa de Asistencias Remesas Senior tendrán un costo mensual según el plan contratado:

Plan	Precio
Plan A (1 remitente máximo)	L.115.00
Plan B (2 remitentes máximo)	L.175.00
Plan C (3 remitentes máximo)	L.230.00

El Afiliado podrá visualizar el cargo mensual en su Estado de Cuenta, Libreta de Ahorro o a través de la página web de Banco Atlántida.

**CLÁUSULA 11. CARGO DEL PROGRAMA DE ASISTENCIAS**

El cargo del Programa de Asistencias Remesas se efectuará de forma mensual; sin embargo, el Afiliado gozará del servicio siempre y cuando el cargo haya sido exitoso; para ello el Afiliado 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 del Afiliado automáticamente quedará cancelado y sin ninguna responsabilidad para EL BANCO.

**CLÁUSULA 12. CANCELACIÓN DEL PROGRAMA DE ASISTENCIAS**

El Programa de Asistencias Remesas podrá ser cancelado por parte del Afiliado 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 13. COMUNICACIÓN Y PUBLICIDAD**

EL BANCO pondrá a disposición de sus clientes 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.