



**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 miembro del Grupo Familiar, que sea causado única y directamente por una causa externa, violenta, imprevista, fortuita y evidente, durante la vigencia del Programa de Asistencia.
- 2. AFILIADO:** Persona física que es cliente de EL BANCO y que ha contratado el presente Programa de Asistencia.
- 3. DEPENDIENTE(S):** Son dependientes del Afiliado, su cónyuge o compañera(o) permanente y su(s) hijo(s) menores de veinticinco (25) años reportados, máximo tres (3), que dependan económicamente del Afiliado y que residan en el mismo domicilio.
- 4. DOMICILIO:** Lugar de uso habitacional permanente y habitual del Grupo Familiar dentro del territorio nacional.
- 5. EMIGRANTE:** Persona que vive en un país o región que no es dentro del territorio de la República de Honduras. El Afiliado solo podrá reportar un (1) emigrante por Programa de Asistencia.
- 6. 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.
- 7. ENFERMEDAD:** Toda alteración de salud sufrida por el miembro del Grupo Familiar, que se origine independientemente de hechos accidentales y sea diagnosticada mientras se encuentre en vigencia la cobertura del Programa de Asistencia.
- 8. ENFERMEDAD CRÓNICA:** Enfermedad de larga duración, progresión lenta e incurable que puede ser controlada bajo

cuidados médicos especiales y específicos.

9. ENFERMEDAD Y/O CONDICIÓN PREEXISTENTE: Cualquier enfermedad física o mental, lesión o dolencia que haya sufrido el miembro del Grupo Familiar con anterioridad a la fecha de contratación del Programa de Asistencia

10. GRUPO FAMILIAR: Conjunto de personas conformado por el Afiliado y sus Dependientes.

11. HORARIO HÁBIL: Días hábiles, no feriados o asuetos, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. y sábado de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.

12. LÍMITE MÁXIMO DE COBERTURA: Monto máximo de dinero que la Prestadora de Servicios pagará al proveedor por un servicio de asistencia cubierto.

13. 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.

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

15. PROGRAMA DE ASISTENCIA: Conjunto de servicios de asistencias que el Grupo Familiar tiene derecho a solicitar y recibir, según el plan contratado de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones establecidas en el presente documento.

16. SERVICIO: Es la asistencia cubierta por este Programa de Asistencia que se le brinda al Grupo Familiar de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones.

CLÁUSULA 2. DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS Y SUS COBERTURAS

1. ASISTENCIA FUNERARIA: Por solicitud de algún familiar en caso de muerte de algún miembro del Grupo Familiar, a consecuencia de un accidente o enfermedad, 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 al personal de la cabina de emergencias de la Prestadora de Servicios el certificado de defunción o documento legal que acredite la muerte del miembro del Grupo Familiar.

El solicitante en todo momento deberá supervisar la prestación de los servicios.

Para poder brindar este servicio en caso de fallecimiento del miembro del Grupo Familiar a consecuencia de alguna enfermedad, el fallecimiento deberá ocurrir después de transcurridos noventa (90) días a partir de la contratación del presente Programa de Asistencia.

Este servicio será brindado por un (1) único evento por Grupo Familiar durante la vigencia del Programa de Asistencia, con un límite máximo de cobertura de Mil Quinientos Dólares de los Estados Unidos de América (USD\$1,500.00).

El servicio se encuentra excluido cuando la muerte sea producto o a consecuencia de los siguientes eventos:

- Suicidio.
- Embriaguez, consumo de drogas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas y alucinantes.
- Eventos en los que el miembro del Grupo Familiar haya participado voluntariamente y constituyan una infracción de

leyes, reglamentos u ordenanzas legales.

2. TRASLADO TERRESTRE EN AMBULANCIA: La Prestadora de Servicios brindará el traslado terrestre en ambulancia a solicitud del miembro del Grupo Familiar, siempre que la emergencia sea a consecuencia de un accidente o enfermedad. La Prestadora de Servicios, bajo autorización del médico general o personal de la cabina de emergencias, brindará y coordinará el traslado al centro hospitalario más cercano a la emergencia.

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.

El personal médico de la Prestadora de Servicios orientará a quien solicita el servicio de acuerdo con el protocolo médico según la condición del paciente, mientras se produce el contacto con la ambulancia.

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

Este servicio será brindado por cuatro (4) eventos al año por Grupo Familiar, sin límite máximo de cobertura por evento.

Se brindará siempre y cuando se tenga la infraestructura privada dentro de la red de la Prestadora de Servicios y en caso de no tenerla, se realizará el enlace telefónico con servicios de ambulancia públicos, sujeto a su disponibilidad.

Exclusiones específicas del servicio:

- Traslados interhospitalarios, del hospital hacia el domicilio del miembro del Grupo Familiar, del hospital hacia centros de diagnóstico, laboratorios, clínicas u otros.
- Situaciones en que el miembro del Grupo Familiar se encuentre violento, armado o agresivo.

3. CITA EN CONSULTORIO CON PROFESIONALES MÉDICOS:

Por solicitud del miembro del Grupo Familiar, a consecuencia de una emergencia causada por un accidente o enfermedad, la Prestadora de Servicios le brindará y coordinará la cita en consultorio, para realizarle una evaluación clínica, con los siguientes profesionales médicos:

- a. Médico general.
- b. Ginecólogo.
- c. Pediatra.

Para la cita en consultorio con ginecólogo la solicitante deberá ser mayor de dieciocho (18) años, y con pediatra el niño(a) Dependiente deberá ser menor de trece (13) años.

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 cuatro (4) eventos al año por Grupo Familiar, ya sea que se utilice en una sola especialidad o combinación de especialidades médicas, y sin límite máximo de cobertura por evento.

Exclusiones específicas de este servicio:

- Cualquier tipo de tratamiento o medicamento.
- Procedimiento médico diferente a la evaluación clínica.
- Citas de seguimiento por un mismo evento.

4. SERVICIO DE EXAMEN DE RAYOS X O ELECTROCARDIOGRAMA: Por solicitud del miembro del Grupo Familiar, a consecuencia de una emergencia causada por un accidente o enfermedad, la Prestadora de Servicios le brindará y coordinará la cita en un centro de diagnóstico para que le sea realizado un examen de rayos x o electrocardiograma según corresponda.

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 (1) evento al año por Grupo Familiar, sin límite máximo de cobertura. Este servicio está sujeto a un período de carencia de seis (6) meses.

Exclusiones específicas del servicio:

- Tomografías computarizadas, resonancias magnéticas y ecografías.
- Estudios de medicina nuclear.

5. ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA: Por solicitud del miembro del Grupo Familiar, la Prestadora de Servicios lo pondrá en contacto con un médico general para que, ante cualquier consulta médica, le brinde orientación telefónica en:

- Utilización de medicamentos.
- Síntomas o molestias que esté padeciendo.
- Recomendaciones médicas y farmacéuticas.
- 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 y sin límite máximo de cobertura por evento.

6. TELEDOCTOR: El miembro del Grupo Familiar se pondrá en contacto con un médico general a través de la aplicación tecnológica llamada "Teledocor", para que, ante cualquier consulta médica, le brinde orientación en:

- Utilización de medicamentos.
- Síntomas o molestias que esté padeciendo.
- Recomendaciones médicas y farmacéuticas.
- Interpretación de exámenes de laboratorio.

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

Este servicio será brindado sin límite de eventos al año y sin límite máximo de cobertura por evento.

7. ORIENTACIÓN NUTRICIONAL TELEFÓNICA: Por solicitud del miembro del Grupo Familiar, la Prestadora de Servicios pondrá en contacto, vía telefónica, con un profesional en el campo de la nutrición que le brindará orientación con el objeto de darle información sobre las calorías contenidas en los alimentos o tabla de calorías.

Este servicio será brindado sin límite de eventos al año, sin límite máximo de cobertura por evento y entre cada evento, se tendrá un tiempo de espera de sesenta (60) días.

Exclusiones específicas de este servicio:

- Llamadas de tratamientos nutricionales.
- Programas de dietas.
- Orientaciones grupales.

8. ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA TELEFÓNICA: Por solicitud del miembro del Grupo Familiar, la Prestadora de Servicios lo pondrá en contacto, vía telefónica, con un profesional en psicología quien le brindará recomendaciones generales en base a sus necesidades y cuando amerite se le compartirá ejercicios con el fin de orientarle en la situación que atraviesa.

La orientación psicológica telefónica una vez solicitada, será

agendada para coordinarse y brindarse en el plazo máximo de cuarenta y ocho (48) horas.

Este servicio será brindado sin límite de eventos al año, sin límite máximo de cobertura por evento y entre cada evento, se tendrá un tiempo de espera de sesenta (60) días.

Exclusiones específicas de este servicio:

1. Llamadas de tratamiento psicológicos o psiquiátricos.
2. Orientaciones grupales.

9. CITA EN CONSULTORIO ODONTOLÓGICO PARA LIMPIEZA

DENTAL: Por solicitud del Afiliado, la Prestadora de Servicios le brindará y coordinará una cita en el consultorio de un odontólogo para realizarle únicamente remoción de sarro (calculo dental) y pulido de las superficies de la corona del diente.

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 (1) evento de limpieza al año, con un límite máximo de cobertura de Treinta Dólares de los Estados Unidos de América (USD\$30.00). Este servicio está sujeto a un período de carencia de seis (6) meses.

Exclusión específica de este servicio:

- Cualquier tratamiento diferente de limpieza más específico o complejo como, por ejemplo, pero no limitado a, raspados, alisados de superficies radiculares, etc.

10. ASISTENCIA FUNERARIA PARA EL EMIGRANTE: Por solicitud de algún miembro del Grupo Familiar en caso de muerte del emigrante, a consecuencia de un accidente o enfermedad, se le brindarán los siguientes servicios:

i. Repatriación de restos mortales:

Bajo esta asistencia, 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 al personal de la cabina de emergencias de la Prestadora de Servicios el certificado de defunción o documento legal que acredite la muerte del emigrante.

El solicitante en todo momento deberá supervisar la prestación de los servicios.

Para poder brindar este servicio en caso de fallecimiento del emigrante a consecuencia de alguna enfermedad, el

fallecimiento deberá ocurrir después de transcurridos noventa (90) días a partir de la contratación del presente Programa de Asistencia.

Este servicio será brindado por un (1) único evento durante la vigencia del Programa de Asistencia, con un límite máximo de cobertura de Cinco Mil Dólares de los Estados Unidos de América (USD\$5,000.00) para el servicio de repatriación y Mil Quinientos Dólares de los Estados Unidos de América (USD\$1,500.00) por el servicio funerario.

El servicio se encuentra excluido cuando la muerte sea producto o a consecuencia de los siguientes eventos

- Suicidio.
- Embriaguez, consumo de drogas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas y alucinantes.
- Eventos en los que el miembro del Grupo Familiar haya participado voluntariamente y constituyan una infracción de leyes, reglamentos u ordenanzas legales.

CLÁUSULA 3. LIMITACIÓN A COBERTURAS DE ASISTENCIA DE CARÁCTER GENERAL

- a. Todos los servicios serán brindados por los proveedores de la Prestadora de Servicios, sujeto a disponibilidad en la localidad del domicilio del miembro del Grupo Familiar.
- b. El servicio de traslado terrestre en ambulancia deberá ser autorizado previamente por medio de una orientación médica telefónica o Teledoctor.
- c. Para todo servicio de cita en consultorio con profesionales médicos:
 - Deberá ser autorizado previamente por medio de una orientación médica telefónica o Teledoctor.
 - Se coordinará en horario hábil.
 - Las citas médicas tendrán un tiempo de espera de setenta y dos (72) horas entre cada cita.
- d. Para el servicio de orientación nutricional y psicológica telefónica:
 - Será brindado en horario hábil.
 - El tiempo de duración del servicio no podrá exceder de treinta (30) minutos.
- e. La cita en consultorio odontológico será coordinada en horario hábil.
- f. En caso de cancelar un servicio asistencial, el miembro del Grupo Familiar deberá avisar a la Prestadora de Servicios vía telefónica con veinticuatro (24) horas de anticipación, caso contrario se tomará como evento consumido.
- g. Cualquier costo que supere los montos máximos de cobertura establecidos en los servicios o debido a solicitudes extras del miembro del Grupo Familiar, deberán ser pagados por este con sus propios recursos antes de la prestación del

servicio, de acuerdo con las instrucciones que le brinde la Prestadora de Servicios.

h. El Grupo Familiar deberá remitir al personal de la cabina de emergencias de la Prestadora de Servicios todos los documentos o respaldos que se le soliciten y se ameriten para la coordinación de los servicios de asistencia.

i. La Prestadora de Servicios quedará sin responsabilidad alguna ante las decisiones o acciones que el miembro del Grupo Familiar pueda llegar a realizar por la prestación de los servicios.

j. La Prestadora de Servicios estará exenta de cualquier responsabilidad en caso de que el miembro del Grupo Familiar manifieste su voluntad expresa de no requerir o no querer recibir el servicio recomendado por la Prestadora de Servicios; así como de cualquier acción que el miembro del Grupo Familiar lleve a cabo derivado de la no aceptación del servicio recomendado.

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 Grupo Familiar haya contratado sin previo consentimiento de la Prestadora de Servicios.
3. Los servicios originados, directa o indirectamente, de actos realizados por el Grupo Familiar con dolo o mala fe.
4. No se brindarán servicios solicitados o que hayan sido resultado de acciones bajo efectos del consumo de alcohol, drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos adquiridos sin prescripción médica.
5. Los servicios derivados de enfermedades o condiciones preexistentes, y de enfermedades crónicas.
6. Servicios derivados de enfermedades o trastornos psicológicos o psiquiátricos.
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 Grupo Familiar no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el servicio de asistencia.

13. Cuando el Grupo Familiar incumpla cualquiera de las obligaciones del servicio de asistencia indicados en el presente documento.

14. En caso de que el miembro del Grupo Familiar incumpla en reportar la necesidad del servicio de asistencia dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes de identificada la emergencia.

15. Eventos en los que el miembro del Grupo Familiar haya participado voluntariamente y constituyan una infracción a las leyes, reglamentos u ordenanzas legales.

16. Servicios en zonas rojas, sectores o perímetros donde el índice de actos delictivos que se cometen como atracos, robos, raponazos, e incluso, homicidios sean catalogados de mayor incidencia.

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.

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. COSTO DEL PROGRAMA DE ASISTENCIAS

Los servicios del Programa de Asistencias Remesas tendrán un costo mensual de ciento quince lempiras (L.115.00). 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 10. 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 11. 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 12. 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.