SERVICIO SUMINISTRADO
“PROTECCIÓN POPULAR”

Bases y condiciones para la prestación del servicio **PROTECCIÓN POPULAR** que será brindado por el GRUPO ESPECIALIZADO DE ASISTENCIA DE HONDURAS S.A. de C.V. (GEA); a BANCO POPULAR, S.A. y sus CLIENTES quien(es) gozarán de las asistencias otorgados por este servicio bajo las cláusulas y condiciones estipuladas en el presente documento que declara el CLIENTE de BANCO POPULAR, S.A. aceptar: a través del programa **“PROTECCIÓN POPULAR”**, BANCO POPULAR S.A., Agencia _____ ubicada en _____, pone a disposición de sus CLIENTES el Servicio de Asistencia Médica las veinticuatro (24) horas del día, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, a través de una llamada telefónica a PROTECCIÓN POPULAR al número de teléfono **2216-1737**. GEA dispondrá de todos aquellos recursos disponibles para la inmediata atención de cualquier asistencia establecida en este documento y dentro de los alcances del mismo. **ALCANCE. -** Podrán solicitar el servicio todos los clientes de BANCO POPULAR S.A., siempre que cumplan con los requisitos de participación previstos en estas Bases y Condiciones del servicio PROTECCIÓN POPULAR que se fijan en el presente documento y en el domicilio dentro del territorio de la República de Honduras. - **VIGENCIA**. - El servicio se otorga durante el período de tiempo solicitado de manera individual por cada CLIENTE, debiendo para ello estar al día en el pago del servicio, el cual tendrá vigencia de _____, meses, finalizando en fecha_____ con la opción de renovar el mismo a decisión del CLIENTE. - **RESPONSABILIDAD Y ALCANCE. -** Los CLIENTES que gocen de este servicio, aceptan pleno derecho todo y cada una de las disposiciones previstas en las presentes condiciones a la simple suscripción del presente documento mediante su sola firma. **SOLICITUD DE INFORMACIÓN**. - Se podrán hacer consultas del servicio llamando al Centro de Atención al Cliente de PROTECCIÓN POPULAR a la línea número **2216-1737** o cualquier otra que por disposición o motivo se determine lo cual se comunicará oportunamente al CLIENTE y dentro de los tiempos que puedan establecer las leyes y reglamentos correspondientes. **ACEPTACIÓN**.- La firma del presente documento por parte del CLIENTE implica total conocimiento y aceptación de estas condiciones, mismas que por causas ajenas y de fuerza mayor no imputables al BANCO POPULAR S.A. podrán ser modificadas, conforme a Derecho corresponda, con la previa notificación de quince (15) días de anticipación cuando se traten de modificaciones en el precio y de treinta (30) días de anticipación cuando se trate de aspectos diferentes, sin que ello dé lugar a reclamo o indemnización alguna. Las modificaciones que eventualmente deban realizarse no modificarán la esencia ni implicarán disminución del costo del servicio. **DEFINICIONES**. -Los términos definidos a continuación tendrán el significado que aquí se les atribuye: BANCO POPULAR S.A. -- Institución Bancaria facilitadora del servicio. CLIENTE: Es la persona física cliente de BANCO POPULAR S.A. que se encuentre suscrito al servicio “PROTECCIÓN POPULAR”. BENEFICIARIO(S): Son beneficiarios además del CLIENTE, su cónyuge, hijos y/o menores de 18 años que vivan permanentemente y bajo la dependencia económica del CLIENTE, quienes podrán gozar de todos los servicios a los que tiene derecho el CLIENTE de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones establecidas en este documento. -- PROTECCIÓN POPULAR: Servicios de asistencia contemplados en este documento y a los que se refiere el presente documento. -- ASISTENCIA: Toda situación que implique una emergencia, urgencia o necesidad y responda a los términos, características y limitaciones establecidas en el presente documento que den derecho a la prestación de los SERVICIOS aquí descritos. -- EVENTO: Acontecimiento o suceso que implique una emergencia o urgencia y responda a los términos, características y limitaciones establecidas en el presente contrato que den derecho a la prestación de los SERVICIOS. -- PROVEEDOR: Empresa o persona física especializada en los rubros detallados en el presente documento, que en representación de GEA asista al CLIENTE en cualquiera de los servicios descritos en el presente documento. – RESIDENCIA/HOGAR: Se entiende por tal un inmueble de uso exclusivo habitacional, propiedad o de uso habitual del CLIENTE el cual ha registrado como lugar de domicilio en el presente contrato suscrito con BANCO POPULAR S.A.- BENEFICIARIO DEL SEGURO DE VIDA POR MUERTE ACCIDENTAL: Es cualquier persona mayor de edad, familiar o no, designada por el CLIENTE al momento de contratar los SERVICIOS, como titular de los derechos indemnizatorios que se establecen en el SEGURO POR MUERTE ACCIDENTAL. **ATENCIÓN MEDICA EN LAS CLINICAS DE LA RED DE GEA**: En caso de que se requiera de una evaluación médica se utilizarán la clínicas del proveedor del servicio que sea indicado por GEA previa consulta al teléfono de asistencia.- Para efectos del presente plan de Asistencia Médica se entiende por preexistencia cualquier lesión, enfermedad o dolencia que afecte al CLIENTE, conocida, diagnosticada con anterioridad o que en el momento sea determinada por el médico como una

enfermedad de previa aparición. Por lo anterior a criterio de **GEA** no se prestará los **SERVICIOS** materia de este instrumento en situación de preexistencia.- **TRASLADO MÉDICO TERRESTRE (AMBULANCIA) EN CASO DE EMERGENCIA**.- En caso de que el CLIENTE requiera un traslado médico terrestre de Emergencia a consecuencia de un accidente que le provoque lesiones o traumatismos tales que requieran su hospitalización o enfermedad que requiera atención medica previa autorización del EQUIPO MÉDICO de GEA, se coordinará y cubrirá el costo del traslado en ambulancia terrestre hasta el centro hospitalario más cercano al lugar del EVENTO, siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita. GEA no prestara el servicio de asistencia antes descrito, cuando en la localidad donde sean solicitados dichos servicios, no exista la infraestructura pública o privada o las condiciones de la localidad no permitan llevar a cabo la realización de dicho servicio. El servicio aquí establecido se brindará de acuerdo a los términos establecidos en el cuadro de condiciones. **REFERENCIAS DE MEDICOS ESPECIALISTAS CLINICAS Y HOSPITALES. -** GEA entregará a solicitud telefónica del BANCO POPULAR y/o de los CLIENTES números telefónicos de Clínicas y/u Hospitales, así como referencias de médicos especialistas a nivel nacional. En esta cobertura, se brindará al CLIENTE la siguiente asistencia telefónica: El servicio de referencias estará sujeto a la infraestructura de cada ciudad, dirección, horarios de atención y teléfonos de información y de emergencia, quedando entendido que el costo de la consulta, procedimiento y/o medicamentos indicados por los facultativos serán por cuenta del CLIENTE. **ORIENTACION MEDICA TELEFONICA. -** El CLIENTE tendrá derecho a solicitar orientación médica telefónica durante las 24 horas del día, 7 días a la semana, 365 días del año, con el objeto de obtener soporte médico y técnico en todos los aspectos relacionados con el mundo sanitario, esta cobertura, se brindará al CLIENTE mediante llamada al **2216-1737**. **EXAMENES DE LA VISTA.** GEA, a solicitud del CLIENTE coordinará, en horas hábiles una cita para que realice un examen de la vista sin costo. En caso de que EL CLIENTE, requiera el uso de lentes, se presentará una cotización para que EL CLIENTE decida su compra con sus propios recursos. **LIMPIEZA DENTAL**. - Cuando el CLIENTE solicite el beneficio de limpieza dental GEA coordinará la cita con la clínica odontológica para que realice el diagnóstico previo y limpieza dental. **ATENCIÓN DE EMERGENCIA DENTAL**.- En caso de que el CLIENTE lo requiera GEA coordinará una revisión clínica por parte de un profesional de la odontología en situaciones que se presenten con carácter de urgencia manifestada por dolor, sangrado o inflamación de los tejidos periféricos de la cavidad oral o piezas dentales.-**ASISTENCIAS ESPECIALIZADAS.-** Cuando EL CLIENTE lo requiera, GEA, proporcionará a través de su red médica visitas a medico ginecólogo o a médico pediatra, siempre y cuando se encuentre la infraestructura necesaria en la cuidad donde se solicite el servicio y sea remitido por una consulta previa en las clínicas de Red de GEA . El presente servicio se prestará a EL CLIENTE, su conyugue e hijos menores de 18 años. **EXCLUSIONES. -** GEA no será responsable por el servicio y resultados del mismo, siendo responsabilidad del centro de atención médica el diagnóstico o tratamiento derivado de esta consulta. GEA no asumirá responsabilidad alguna en relación con la atención prestada o falta de la misma por parte del establecimiento elegido. **ESTUDIOS PREVENTIVOS Y DE IMÁGENES. -** Cuando EL CLIENTE lo requiera y durante la vigencia del presente contrato, GEA, proporcionará a través de su red médica UN (1) examen de próstata en sangre, UN (1) estudio de MAMOGRAFIA, UNA (1) CITOLOGIA Y UN (1) ULTRASONIDO DE MAMA para mujeres menores de 40 años a quien su médico se lo haya indicado, siempre y cuando se encuentre la infraestructura necesaria en la cuidad donde se solicite el servicio y sea derivado de una previa consulta de las Clínicas de la RED de GEA. **ASISTENCIA FUNERARIA:** Cuando el **AFILIADO TITULAR O BENEFICIARIOS** requiera la cobertura funeraria, esta será coordinada por GEA, proporcionando los servicios descritos para esta cobertura con su red de proveedores, para esto, el AFILIADO O BENEFICIARIO deberá comunicarse con GEA para su coordinación, el presente servicio será prestado por UN EVENTO ÚNICO, de existir algún excedente por los servicios descritos ese monto será pagado por los familiares con sus propios recursos al PROVEEDOR.- **SEGURO POR MUERTE ACCIDENTAL:** En caso de que el Asegurado fallezca a consecuencia de un accidente, Gea mediante su Call center gestionará con el seguro la indemnización correspondiente en base a las Condiciones del Seguro descritas en el presente Contrato. **CONDICIONES PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO**. - Queda entendido que GEA, únicamente suministrará los servicios detallados al CLIENTE de que cumplan con las siguientes condiciones: A) Que el CLIENTE tenga activo el Servicio de Asistencia, es decir estar al corriente con los pagos. B) Que el CLIENTE se encuentre inscrito en el control de BANCO POPULAR S.A. C) EL CLIENTE deberá abstenerse de realizar gastos o arreglos sin haber consultado previamente con **GEA.** D) Dar aviso oportuno del cambio de residencia permanente. El costo del servicio prestado y el desplazamiento del personal que atienda la urgencia serán por cargo de GEA hasta el monto fijado en el CUADRO DE CONDICIONES PARTICULARES para cada evento con el número máximo de eventos por año de

cobertura fijados, también el en Cuadro de Condiciones Particulares, GEA indemnizará hasta dichos montos, siendo responsabilidad del CLIENTE cualquier diferencia de precios. E) Cuando el estado civil del Cliente es soltero(a), solo él podrá gozar de las asistencias definidas en el presente contrato. En el caso de fallecimiento un REPRESENTANTE ya sea familiar o no, podrá comunicarse GEA para solicitar la coordinación de la Asistencia Funeraria y el seguro por muerte accidental en los casos que aplique. **RELACIÓN DE PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS GEA-BANCO POPULAR S.A.**- Queda entendido que GEA podrá prestar los servicios en forma directa, o a través de terceros con quienes dicha compañía contrate, bajo su responsabilidad. Esto implica que GEA asume la responsabilidad por la prestación de los servicios que directa o indirectamente haya ejecutado, existiendo total indemnidad a favor de BANCO POPULAR S.A. ante cualquier eventual reclamo contra dependientes directos o terceros que GEA pudiera contratar para la prestación de este servicio. Los servicios podrán ser modificados de acuerdo a las condiciones suscritas, renovables cada año. Queda entendido que este servicio es un paquete de Asistencia Médica el cual incluye una cobertura de vida en caso de fallecimiento accidental del titular.

PROCESO GENERAL DE SOLICITUD DEL SERVICIO DE ASISTENCIA

En caso de que el cliente o sus beneficiarios requiera de los servicios contemplados, este tendrá derecho procediendo de la siguiente forma:

a) El cliente que requiera los servicios se comunicará con GEA al número telefónico **2216-1737.**
b) El cliente procederá a comunicarle al funcionario de GEA que atienda la llamada, todos los datos necesarios para identificarlo como afiliado.
c) GEA confirmará si el solicitante de los servicios de asistencia tiene o no derecho a recibir la prestación de los mismos.
d) Una vez cumplidos todos los requisitos, GEA le prestará al cliente los servicios solicitados por medio de un agendamiento de citas, de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones del presente documento.

CUADRO DE CONDICIONES PARTICULARES

Abanico de Servicios			Máximo de eventos	Cobertura MÁXIMA por evento
ASISTENCIA MEDICA	OMT / ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA 24x7		SL	SL
	CONSULTA CON MEDICO GENERAL (PREVIA CITA)		SL	SL
	MEDICAMENTOS DE PRIMERA DOSIS		SL	SL
	TRASLADO MÉDICO TERRESTRE EN CASO DE EMERGENCIA		4	SL
	EXAMEN DE LA VISTA		SL	SL
ASISTENCIA ODONTOLOGICA	LIMPIEZA DENTAL		5	L 700
	URGENCIAS DENTALES		5	L 600
ASISTENCIAS ESPECIALIZADAS	CONSULTA POR EMERGENCIA CON PEDIATRA		10	L 1,470
	CONSULTA POR EMERGENCIA CON GINECOLOGO			
	ESTUDIOS PREVENTIVOS	MAMOGRAFIA	1	L 1,470
		CITOLOGIA	1	
		ULTRASONIDO (PARA MUJERES MENORES A 40 AÑOS)	1	
		EXAMEN DE PROSTATA POR SANGRE	1	
ASISTENCIAS ESPECIALIZADAS	ASESORIA LEGAL POR FALLECIMIENTO, TRASLADO Y LIBERACION DEL CUERPO			L 40,000.00
	AUXILIO PARA COMPRA DE COFRE MORTUARIO (ATAUD)			
	PREPARACION DE CUERPO			
	TRASLADO TERRESTRE EN CARROSA FUNEBRE AL LUGAR DEL FUNERAL			
	ARREGLO FLORAL Y VELAS			
SEGURO POR MUERTE ACCIDENTAL	DE VIDA POR MUERTE ACCIDENTAL			L 40,000.00

BENEFICIARIOS

Nombre Completo	Parentesco	Sexo		N° Documento o Fecha de Nacimiento
		F	M	

BENEFICIARIO DEL SEGURO DE VIDA POR MUERTE ACCIDENTAL

Nombre Completo	Parentesco	Sexo		N° Documento o Fecha de Nacimiento
		F	M	

En fe de pleno acuerdo de todo lo anterior suscribimos y firmamos el presente documento en la ciudad de_____ a los _____del mes de _____ del año _____

Nombre del CLIENTE...:_____

Número de Identidad o Identificación…….:_____

Domicilio:……..:_____
_____

_____ _____

Firma del CLIENTE Firma BANCO POPULAR S.A. SELLO