



SEGURO COLECTIVO COMPLEMENTARIO DE SALUD

Inscrita en el Registro de Pólizas bajo el Código POL 2 92 030.

I. CONDICIONES GENERALES

ARTICULO Nº1 COBERTURA

La compañía aseguradora reembolsará los gastos médicos efectivamente incurridos por los asegurados, que se encuentren individualizados en las Condiciones Particulares de esta póliza de seguro colectivo, en los términos y condiciones establecidas en este contrato, y que cumplan los siguientes requisitos de asegurabilidad: el trabajador titular y cónyuge deben ser menores de sesenta y cinco (65) años de edad; los hijos deben ser menores de dieciocho (18) años, o menores de veinticuatro (24) años de edad, en el caso que fueren cargas familiares.

Los reembolsos se efectuarán de acuerdo a las coberturas contratadas, las cuales están expresamente señaladas en las Condiciones Particulares de la póliza, de acuerdo a los porcentajes y límites allí expresados.

Los asegurados podrán solicitar los reembolsos de los gastos médicos que correspondan por las prestaciones en que incurran durante el período en que se encuentren amparados por esta póliza, y siempre que la póliza se encuentre vigente a esa fecha.

Las coberturas ofrecidas para este seguro son las siguientes:

- A. BENEFICIO DE HOSPITALIZACION**
- B. BENEFICIO DE MATERNIDAD**
- C. BENEFICIO AMBULATORIO**

Estas coberturas podrán ser contratadas como un todo o selectivamente cada una de ellas, lo que deberá expresarse en las Condiciones Particulares de la póliza.

La definición de cada una de las coberturas que incluye la presente póliza, se encuentran en el punto II. DESCRIPCION DE LAS COBERTURAS.

ARTICULO Nº2 DEFINICIONES

Para los efectos de este seguro se entiende por :

- 1) **ASEGURADOS:** Se considera que son asegurados de esta póliza, los trabajadores activos con contrato de trabajo vigente, pertenecientes a la empresa contratante, que habiendo solicitado su incorporación a la póliza, hayan sido aceptados por la compañía aseguradora y se encuentren incluidos en las Condiciones Particulares de la póliza.

Son también asegurados, los dependientes del asegurado trabajador, considerándose como tales a la cónyuge y los hijos, que habiendo solicitado su incorporación a la póliza, hayan sido aceptados por la compañía aseguradora y se encuentren incluidos en las Condiciones Particulares de la póliza.

Los hijos menores de 14 días de edad estarán cubiertos por la póliza desde su nacimiento sólo si se ha contratado el Beneficio de Maternidad y siempre y cuando el parto haya sido cubierto por este contrato.

- 2) **INCAPACIDAD:** Toda enfermedad o dolencia, y además toda lesión corporal sufrida como resultado de un

accidente, que afecte al organismo de un asegurado y que requieran tratamiento médico.

Todas las lesiones sufridas por una persona en un mismo accidente, se consideran como una sola incapacidad.

Todas las incapacidades que existan simultáneamente debidas a la misma causa o a otras relacionadas entre si, serán consideradas como una misma incapacidad.

- 3) **ENFERMEDAD:** Toda alteración de la salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico legalmente reconocido.
- 4) **ACCIDENTE :** Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del asegurado ocasionándole una o más lesiones físicas.
- 5) **INCAPACIDAD PREEXISTENTE :** Cualquier lesión, enfermedad o dolencia que afecte al asegurado, conocida o diagnosticada con anterioridad a la fecha efectiva del inicio de la cobertura que le otorga la compañía aseguradora para el respectivo beneficio que ampararía el gasto en conformidad a esta póliza.
- 6) **MEDICO :** Toda persona habilitada y autorizada legalmente para practicar la medicina humana y calificada para efectuar el tratamiento requerido, según el artículo 112 del Código Sanitario.
- 7) **HOSPITAL :** Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento médico de personas enfermas o lesionadas, que proporcionen asistencia de enfermeras las 24 horas y que cuenten con instalaciones y facilidades para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. En ningún caso se interpretará que incluye a un hotel, terma, asilo, sanatorio particular, casa para convalecientes, o un lugar usado principalmente para la internación o tratamiento de enfermos mentales, adictos a drogas o alcohólicos.
- 8) **HOSPITALIZACION :** Se entenderá que una persona se encuentra hospitalizada cuando está registrada como paciente de un hospital por prescripción médica, y que utilice a lo menos, un día completo de servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería.
- 9) **GASTOS AMBULATORIOS :** Son los gastos incurridos por el asegurado a causa del tratamiento de una incapacidad que no requiere de su internación en un hospital, esto aún cuando el tratamiento se haya efectuado en dicho establecimiento.
- 10) **DEDUCIBLE :** Es el monto de los gastos cubiertos por este seguro que serán siempre de cargo del asegurado, y cuyo monto y período de acumulación se establece en las Condiciones Particulares de la póliza.
- 11) **PERIODO DE ACUMULACION :** Es el período de tiempo que se considera para contabilizar el monto del deducible y el monto máximo de reembolso, y será siempre el período de vigencia de la póliza.

ARTICULO N°3 MONTO MAXIMO DE REEMBOLSO

La compañía aseguradora solo reembolsará hasta el monto máximo por período de acumulación, que se establece en las Condiciones Particulares de la póliza, por los gastos incurridos por un asegurado a causa de una o más incapacidades.

ARTICULO N°4 DUPLICACION DE BENEFICIOS

Se reconocerán como gastos incurridos para los efectos de este seguro, el costo efectivo de las prestaciones, servicios o tratamientos, descontadas las sumas reembolsadas por iguales beneficios contratados con otras instituciones, sin perjuicio de los límites máximos contratados en las Condiciones Particulares de la póliza.

El contratante o el asegurado tendrá la obligación de informar a la compañía aseguradora de la existencia de otros beneficios contratados que otorguen iguales coberturas médicas o seguros que cubran la totalidad o alguno de los beneficios otorgados por el presente seguro, como asimismo, de su afiliación a alguna Institución de Salud Previsional (Isapre o Fonasa).

Los beneficios de este seguro no se duplicarán con los beneficios o coberturas de cualquier otro seguro, sistema o institución que otorgue beneficios médicos, y al cual pertenezca el asegurado, de manera que este seguro no cubrirá los gastos que deban pagar o reintegrar las empresas, bienestar, el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales establecido

en la Ley N° 18.490, instituciones médicas o similares que otorguen tales beneficios o coberturas.

ARTICULO N°5 EXCLUSIONES

La presente póliza no cubre ninguno de los beneficios estipulados en ella, cuando se originen por :

- a) La hospitalización para fines de reposo o psiquiátricos.
- b) Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento.
- c) Los tratamientos estéticos plásticos, dentales, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o para corregir malformaciones producidas por enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de vigencia de este contrato.
- d) Cirugía plástica o cosmética, a menos que sea necesitada por una lesión accidental que ocurra mientras el asegurado se encuentre amparado por la póliza.
- e) Tratamientos por adicción a drogas o alcoholismo, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), lesión, enfermedad o tratamiento causado por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares.
- f) Lesión o enfermedad causada por :
 - i) Guerra civil o internacional, sea que esta haya sido declarada o no, invasión y actividades u hostilidades de enemigos extranjeros.
 - ii) Participación activa del asegurado en rebelión, revolución, insurrección, poder militar, terrorismo, sabotaje, tumulto o conmoción contra el orden público, dentro o fuera del país.
 - iii) Participación del asegurado en actos calificados como delitos por la ley;
 - iv) Negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del asegurado;
 - v) Hechos deliberados que cometa el asegurado, tales como los intentos de suicidio, lesiones autoinferidas y abortos provocados.
- g) Todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes y tratamiento dental en general.
- h) Aparatos auditivos, lentes o anteojos ópticos, prótesis, órtesis, miembros artificiales y suministro de aparatos o equipos ortopédicos. La compañía aseguradora solo reembolsará uno o más de estos elementos en la medida que estén expresamente indicados en la cobertura de Beneficios Ambulatorios.
- i) Tratamientos, visitas médicas, exámenes, medicamentos, remedios o vacunas para el solo efecto preventivo, no inherente o necesarios para el diagnóstico de una incapacidad, a excepción de los gastos por control de niño sano y control ginecológico, que serán reembolsados de acuerdo a la cobertura.
- j) La atención particular de enfermería fuera del recinto hospitalario.
- k) Gastos por acompañantes, mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comida y similares.
- l) Lesión o enfermedad surgidas de la ocupación del asegurado, cubierta por la legislación de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.
- m) Incapacidades Preexistentes.
- n) Epidemias oficialmente declaradas.

ARTICULO N°6 INCLUSION DE NUEVOS ASEGURADOS

Podrán incorporarse a la póliza, nuevos trabajadores con su cónyuge e hijos, durante la vigencia de la misma, con notificación expresa y previa aceptación de parte de la compañía aseguradora, en cuyo caso la vigencia de las coberturas se inicia el día primero del mes siguiente de la aceptación.

Si con posterioridad a la vigencia inicial de la presente póliza un asegurado pudiese llegar a tener nuevos dependientes, (cónyuge o hijos) el contratante de la póliza deberá comunicarlo a la compañía aseguradora. Será necesario acreditar, a satisfacción de la compañía aseguradora, la buena salud de las personas, en cuyo caso la vigencia de las coberturas se inicia el día primero del mes siguiente de la aceptación.

Los trabajadores que contratados por la empresa contratante y reuniendo las condiciones de asegurabilidad establecidas no hayan ingresado al inicio del seguro, no lo podrán hacer hasta el aniversario siguiente de la póliza, debiendo acreditar, a satisfacción de la compañía, la buena salud. Esta condición rige también para los dependientes de los trabajadores que no fueron incluidos en la fecha inicial de cobertura del trabajador respectivo.

ARTICULO N° 7 VIGENCIA

La póliza tendrá una vigencia anual desde la fecha señalada en las Condiciones Particulares de la póliza, y queda convenido por las partes que esta póliza será renovada automáticamente por periodos anuales a partir de la fecha de vencimiento de la póliza, salvo aviso en contrario dado por cualquiera de las partes con treinta (30) días de anticipación a la fecha de dicho vencimiento.

No obstante lo anterior, cualquiera de las partes podrá ponerle término anticipado a la presente póliza, previa notificación por escrito a la otra parte con a lo menos, treinta (30) días de anticipación.

ARTICULO N°8 REAJUSTE DE VALORES

Los montos asegurados y las primas correspondientes a esta póliza se expresarán en Unidades de Fomento, o cualquier otra unidad reajutable que haya sido autorizada por la Superintendencia de Valores y Seguros, de tal forma que tanto los montos asegurados como las primas se reajustaran en la misma oportunidad y proporción en que estas unidades lo hagan.

El valor de la unidad reajutable elegida, que se considerará para el pago de primas y beneficios, que se establezca en las Condiciones Particulares de la póliza, será el vigente al momento de su pago efectivo.

ARTICULO N°9 PRIMAS

- a) Pago de la Prima: La prima será pagada en forma anticipada en la oficina de la compañía aseguradora o en los lugares que ésta designe y mensualmente, salvo que en las Condiciones Particulares se establezca una periodicidad diferente.

La compañía aseguradora no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia que produzcan atraso en el pago de la prima.

- b) Plazo de Gracia: Para el pago de la prima se concede un plazo de gracia, que será de treinta (30) días, salvo que en las Condiciones Particulares se establezca un plazo diferente, contado a partir del primer día del mes de cobertura no pagado, de acuerdo a la forma de pago convenida. Durante este período, la póliza permanecerá vigente. Si durante dicho plazo de gracia ocurrieran los riesgos asumidos por la compañía aseguradora, se podrá deducir del monto a reembolsar la prima total vencida y no pagada.
- c) Término Anticipado del Contrato: Si habiendo vencido el plazo de gracia fijado en la letra anterior la prima continuare impaga, el contrato de seguro terminará en forma inmediata, sin necesidad de aviso, notificación o requerimiento alguno, liberándose la compañía aseguradora de toda obligación y responsabilidad derivada de la póliza.

ARTICULO N°10 REHABILITACION DE LA POLIZA

Producida la terminación anticipada del contrato por no pago de prima, podrá el contratante solicitar por escrito su rehabilitación dentro del período original de vigencia del contrato.

A tal efecto, deberá acreditar y reunir las condiciones de asegurabilidad a satisfacción de la compañía aseguradora y pagar

todas las primas vencidas y devengadas que corresponda, y que se encuentren pendientes de pago.

La sola entrega a la compañía aseguradora del valor de la prima vencida, no producirá el efecto de rehabilitar la póliza si previamente no ha habido aceptación escrita de la compañía a la solicitud de rehabilitación presentada por el contratante. El rechazo de la solicitud sólo generará la obligación de la compañía de devolver el valor de las primas recibidas por este concepto, sin responsabilidad ulterior.

ARTICULO N°11 DECLARACION DEL CONTRATANTE Y ASEGURADOS

Con anterioridad a la celebración de este seguro, el contratante deberá declarar por escrito a la compañía aseguradora, sobre todos los hechos y circunstancias respecto de las personas amparadas por esta póliza, que permitan a la compañía aseguradora asumir correctamente el riesgo y que puedan influir en las condiciones del contrato.

Asimismo, con anterioridad a la emisión de la póliza, los trabajadores deberán declarar por escrito el estado de salud respecto de su persona y de sus dependientes.

La veracidad de tales declaraciones, como asimismo las que formulen el contratante o las personas amparadas por esta póliza, sea en la propuesta del seguro, en sus documentos accesorios o complementarios, cuando estos correspondan, constituyen condición de validez del presente contrato.

La compañía aseguradora se reserva el derecho de comprobar la veracidad de las declaraciones formuladas en cualquier momento que ella lo estime conveniente, antes o durante la vigencia de la póliza, incluso haciendo examinar médicamente a las personas amparadas por el presente seguro.

Cualquier reticencia, omisión, declaración falsa o inexacta del contratante, relativa a la edad, estado de salud, ocupación, deportes o actividad de las personas amparadas por esta póliza, que puedan influir en la apreciación del riesgo, o de cualquier circunstancia que conocida por la compañía aseguradora pudiera retraerle de la celebración del contrato o producir alguna modificación en sus condiciones, faculta a la compañía aseguradora para rescindir la totalidad del contrato.

Si tal reticencia, omisión, declaración falsa o inexacta proviniera de algún asegurado respecto de la información que otorgue u omita de sí o de sus dependientes, y tenga las consecuencias antes señaladas, faculta a la compañía aseguradora para excluirlos del presente contrato y dicho asegurado no tendrá derecho a ninguna indemnización en virtud de esta póliza.

La compañía aseguradora podrá exigir la restitución de los gastos en que ella haya incurrido, cuando los asegurados hayan recibido beneficios fundamentados en documentos falsos o adulterados y otorgados a personas no cubiertas en el contrato. La no restitución de dichos gastos producirá la resolución de la póliza.

ARTICULO N°12 TERMINACION ANTICIPADA DEL CONTRATO

- 1) Del asegurado: Encontrándose el presente contrato vigente, el seguro terminará anticipadamente respecto de un asegurado en particular, en los siguientes casos:
 - a) Cuando el asegurado pierda la calidad de trabajador de la empresa del contratante;
 - b) A partir de la fecha en que el asegurado trabajador cumpla sesenta y cinco (65) años de edad.
 - c) A partir de la fecha en que el cónyuge cumpla sesenta y cinco (65) años de edad.
 - d) A partir de la fecha en que el hijo cumpla los dieciocho (18) años de edad, o los veinticuatro (24) años de edad si es carga familiar.
 - e) Cuando el contratante lo excluya de la nómina de asegurados mediante comunicación dirigida a la compañía aseguradora;
 - f) Cuando el contratante no pague la prima correspondiente a dicho asegurado;
 - g) Cuando el asegurado hubiere omitido, retenido o falseado información sobre sí o sus dependientes que altere el concepto de riesgo asumido por la compañía aseguradora; o cuando presentare reclamaciones

fraudulentas, o engañosas, o apoyadas en declaraciones falsas.

En estos casos, cesará toda responsabilidad de la compañía aseguradora y ésta no tendrá obligación alguna respecto de los riesgos que cubre al asegurado que fuere excluido, a contar de la fecha en que opere tal exclusión. Del mismo modo, en tales casos y a contar de la misma fecha, cesará toda responsabilidad de la compañía aseguradora respecto de los riesgos que amparaba esta póliza a los dependientes del asegurado excluido.

- 2) Del contrato: Terminada la vigencia del contrato, sea anticipada o no, cesará toda responsabilidad de la compañía aseguradora sobre los riesgos que asume y éste no tendrá obligación alguna respecto de los siniestros que ocurran con posterioridad a esa fecha.

Asimismo, se conviene que en caso que se excluya un asegurado o que la presente póliza termine, anticipadamente o no, los beneficios de este seguro terminan a la fecha de la exclusión o de término del contrato.

ARTICULO N°13 COMUNICACION

Cualquier comunicación, declaración o notificación que haya de hacerse entre la compañía aseguradora y el contratante, o los asegurados con motivo de esta póliza, deberá verificarse por escrito.

Las dirigidas a la compañía aseguradora deberán efectuarse al domicilio de ésta por carta certificada u otra forma que fehacientemente acredite su recepción por la compañía aseguradora. Las de la compañía aseguradora serán dirigidas al último domicilio que tenga registrado el contratante, sea que se dirijan a éste, o a cualquiera de los asegurados de la póliza.

ARTICULO N°14 AVISO DE SINIESTRO

Efectuado un gasto médico reembolsable en virtud de la presente póliza, el asegurado deberá informarlo a la compañía aseguradora, a través del contratante, dentro de un plazo de sesenta (60) días contados desde la fecha de la prestación, en el formulario especial que la compañía aseguradora facilitará al efecto, con la información que en él se exija.

El cumplimiento extemporáneo de ésta obligación, salvo caso fortuito o fuerza mayor, hará perder los derechos del asegurado, liberando a la compañía del pago de la indemnización que habría correspondido.

ARTICULO N°15 REQUISITOS PARA PAGO DE SINIESTRO

Constituye requisito para cualquier reembolso de gasto por parte de la compañía aseguradora :

- a) La entrega oportuna a la compañía aseguradora del formulario proporcionado por ella, con la información que en él se indique.
- b) La declaración del asegurado si el gasto cuya devolución se solicita estaba cubierto por otros seguros, sistemas o instituciones que otorguen beneficios médicos y al cual pertenezca el asegurado.
- c) La entrega a la compañía aseguradora de los originales extendidos a nombre del asegurado de los recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de bonos, copia de ordenes de atención, copia de programas médicos u otros documentos que acrediten el gasto incurrido y su cancelación; como asimismo, en su caso, los que acrediten el pago o el reembolso de parte de ellos por la entidad aseguradora, institución o entidad referidos en la letra anterior.

Con todo, la compañía aseguradora queda facultada para solicitar, a su voluntad, los documentos adicionales que estime del caso, a efectos de aclarar satisfactoriamente la ocurrencia de un siniestro y determinar su monto. Además, podrá practicar a su costa exámenes médicos al asegurado respecto del cual se refiera la solicitud de indemnización.

Sin el cumplimiento de dichos requisitos, la compañía aseguradora no estará obligada a efectuar reembolso alguno de gastos.

ARTICULO N°16 PAGO DE SINIESTRO

Denunciado un siniestro y cuantificada la pérdida, la compañía aseguradora dispondrá el pago de la indemnización en los términos convenidos en la presente póliza.

En caso de requerirse mayores antecedentes sobre la procedencia y monto a reembolsar, la compañía dispondrá la liquidación del siniestro conforme al procedimiento de liquidación establecido en el Título IV del D.S. N°863, de 1989, sobre Reglamento de los Auxiliares del Comercio de Seguros.

El pago de la indemnización al asegurado, se efectuará en las oficinas principales de la compañía aseguradora a través del contratante.

En caso que los gastos cuya devolución se esté solicitando se hubieren efectuado en moneda extranjera, el reembolso se hará en su equivalencia en moneda nacional, según el tipo de cambio oficial vendedor que exista a la fecha de pago, conforme el procedimiento establecido en el Título II de la Ley N° 18.010.

ARTICULO N°17 ARBITRAJE

Cualquier dificultad que se suscite entre el asegurado, el contratante o el beneficiario, según corresponda, y la compañía aseguradora en relación con el contrato de seguro de que da cuenta esta póliza, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus Condiciones Generales o Particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre cualquiera indemnización u obligación

referente a la misma, será resuelta por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes. Si los interesados no se pusieran de acuerdo en la persona del árbitro, éste será designado por la Justicia Ordinaria, y en tal caso el árbitro tendrá las facultades de arbitrador en cuanto al procedimiento, debiendo dictar sentencia conforme a derecho.

No obstante lo estipulado precedentemente, el asegurado, el contratante o el beneficiario, según corresponda, podrá, por sí solo y en cualquier momento, someter al arbitraje de la Superintendencia de Valores y Seguros las dificultades que se susciten con la compañía aseguradora cuando el monto de los daños reclamados no sea superior a 120 Unidades de Fomento, de conformidad a lo dispuesto en la letra i) del artículo 3° del Decreto con Fuerza de Ley N°251, de 1931.

ARTICULO N°18 DOMICILIO

Para todos los efectos legales del presente contrato de seguro, las partes señalan como domicilio especial el que aparece detallado con tal carácter en las Condiciones Particulares de la póliza.

II. DESCRIPCION DE LAS COBERTURAS

En virtud de este seguro las coberturas que otorga la compañía aseguradora, siempre y cuando estén expresamente indicadas en las Condiciones Particulares de esta póliza, en la forma y los límites allí señalados, son:

A) BENEFICIO DE HOSPITALIZACION :

Si se contrata esta cobertura, la compañía aseguradora reembolsará los gastos incurridos en exceso de lo que cubre el sistema de salud previsional del asegurado sólo en la proporción y hasta la suma máxima por cada hospitalización que se indique en las Condiciones Particulares de la póliza, originada por cualesquiera de las siguientes causas :

1. HOSPITALIZACION :

- a) Días Cama Hospitalización : Gasto por habitación, alimentación y atención general de enfermería, suministrada al asegurado durante su hospitalización.
- b) Servicios Hospitalarios : Gastos por concepto de servicios del hospital no incluidos en la letra anterior, tales como salas de urgencia; derecho de pabellón; unidad de tratamiento intensivo; exámenes de laboratorio y radiología; procedimientos especiales; equipos, insumos y medicamentos; otros gastos suministrados al asegurado durante su hospitalización y que hayan sido debidamente prescritos por el médico tratante como necesarios para el

tratamiento de la incapacidad.

- c) Honorarios Médicos Quirúrgicos : Los honorarios de profesionales médicos y arsenalera que hubieran intervenido en una operación quirúrgica al asegurado.
- d) Cirugía Dental por Accidente: El tratamiento de lesiones provenientes de un accidente a los dientes naturales, efectuado por un médico cirujano maxilofacial o un odontólogo, siempre que éstas se realicen dentro de los seis (6) meses siguientes al accidente y que este beneficio de hospitalización este vigente.

El tratamiento incluye todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes, tratamiento dental en general, el reemplazo de dichas piezas dentales accidentadas.
- e) Servicio privado de enfermera profesional durante la hospitalización, siempre que haya sido prescrito por el médico tratante.
- f) Servicio de ambulancia terrestre para conducir al asegurado desde y hacia un hospital local, dentro de un radio de 50 Kms.

2. CIRUGIA AMBULATORIA:

Si el asegurado sufriera alguna incapacidad como consecuencia de un accidente o enfermedad, que requiera cirugía sin que fuere hospitalizado en un hospital, la compañía aseguradora reembolsará solo en la proporción y hasta el monto máximo por cada incapacidad que se indique en las Condiciones Particulares de la póliza, los gastos en que se incurra por concepto de los servicios suministrados por el hospital, descritos en el letra b) del punto anterior, y los honorarios médicos relacionados directamente.

B) BENEFICIO DE MATERNIDAD :

Si se contrata esta cobertura, la compañía aseguradora reembolsará los gastos incurridos en exceso de lo que cubre el sistema previsional de salud del asegurado, provenientes de hospitalización, exámenes de laboratorio, procedimientos especiales, derecho de pabellón incluyendo los insumos utilizados dentro del pabellón, honorarios de médicos o matrona, en que incurra un asegurado, que tenga la calidad de trabajador o cónyuge, y el recién nacido como consecuencia del embarazo, parto y nacimiento. También estarán cubiertos por este beneficio las complicaciones del mismo, sea que el resultado del mismo sea un parto normal, prematuro, cesárea, aborto no voluntario, embarazo extrauterino o eutópico y cualquier patología inherente al embarazo que requiera de una hospitalización prenatal o postnatal.

La fecha de la concepción debe ser posterior a la fecha de inicio de la vigencia de esta cobertura para el asegurado que se aplica. Este beneficio será pagadero solo una vez por cada embarazo, incluyendo todas y cada una de las prestaciones relacionadas con el mismo, y la compañía aseguradora solo reembolsará el porcentaje y hasta el tope indicado para esta cobertura en las Condiciones Particulares de la póliza.

La parte que exceda de dicho tope no se entenderá cubierta por esta póliza.

C) BENEFICIO AMBULATORIO :

Si se contrata esta cobertura, la compañía aseguradora reembolsará los gastos incurridos en exceso de lo que cubre el sistema previsional de salud de los asegurados, provenientes de prestaciones realizadas en forma ambulatoria o sin hospitalización en un hospital, efectuadas o prescritas por un médico tratante, solo en la proporción y hasta el monto máximo señalado para cada prestación en las Condiciones Particulares de la póliza.

También estarán cubiertos por este beneficio los aparatos auditivos, lentes o anteojos ópticos, prótesis, órtesis, miembros artificiales y suministro de aparatos o equipos ortopédicos en la medida que estén expresamente indicados en las Condiciones Particulares de la póliza.

Sin embargo, si en las Condiciones Particulares de la póliza se hubiese estipulado un deducible, la compañía aseguradora reembolsará el referido porcentaje aplicándolo a los gastos que excedan del deducible que se determine, cuyo monto, período y forma de acumulación se señalan en las Condiciones Particulares del contrato.