

Colegio Humboldt

Resumen de Beneficios

Instituto Nacional de Seguros
N° de póliza 0125ACG0000541
2025-2026



**COLEGIO HUMBOLDT
HUMBOLDT - SCHULE**
SAN JOSÉ, COSTA RICA

Política de Confidencialidad

Consideramos confidencialidad toda la información recibida por nosotros así como cualquier comunicación escrita o verbal subsiguiente entre nuestras organizaciones. De la misma manera, solicitamos que la documentación e información que nosotros proveamos, sea tratada de la misma manera. Agradeceremos que personas ajenas a este proceso, no tengan acceso a nuestro material y que la información presentada, sea compartida única y **exclusivamente** con el personal que dentro de su organización necesite conocerla.

Información Importante

Es primordial mencionar que, esta presentación recopila las principales características del contrato de seguros los cuales, se enfoca en las oferta recibida de la aseguradora.

La información del contrato es brindada a cada asegurado, no obstante, el objetivo de esta presentación es dar asesoría y apoyo en la utilización. Contemplando que, el contrato prevalece a esta.



Seguro de Accidentes para Estudiantes

Detalle de coberturas



Definiciones importantes

Accidente: Suceso provocado por una acción repentina, fortuita e imprevista en forma involuntaria y que da lugar a una lesión corporal traumática.

Asegurado: Es aquel estudiante, que reside en la República de Costa Rica y que cumple con lo estipulado en la Cláusula de Edades de Contratación y Elegibilidad de los Asegurados.

Deducible: Porcentaje que se establece en las Condiciones Generales de la póliza, rebajable de la indemnización bajo las coberturas correspondientes. Representa la participación económica en la pérdida que se indemnice, por cada una de las coberturas que se afecten en un reclamo.

Coaseguro: Una vez superado el deducible, es el porcentaje específico que se aplica al resto de los gastos cubiertos.

Costo razonable y acostumbrado: Es el cargo u honorario hecho por un proveedor de servicios médicos, el cual no excede al cargo o tarifa que usualmente cobran la mayoría de los proveedores del mercado costarricense, por el mismo o similar procedimiento o servicio, proporcionado a personas que presentan accidentes que por su naturaleza son considerados similares.

Incapacidad parcial – total permanente: Es la producida como consecuencia de un accidente originado después de la fecha de inclusión en esta cobertura. Corresponde a la pérdida irrecuperable de la capacidad orgánica de menos del sesenta y siete por ciento (67%).

Coberturas

Cobertura por muerte accidental: ¢2,000,000.00

La aseguradora pagará la suma asegurada si el asegurado a consecuencia de un accidente cubierto y ocurrido durante la vigencia de la póliza fallece y la muerte ocurre de manera inmediata o dentro de los 90 días naturales siguientes a la ocurrencia del accidente.

Cobertura por gastos médicos accidentales: ¢2,000,000.00

De conformidad con las condiciones de esta póliza y hasta el monto suscrito en la Solicitud el Instituto cubrirá los costos razonables y acostumbrados por evento incurridos por el Asegurado, como resultado de un accidente cubierto por esta póliza, ocurrido durante el período de vigencia de este seguro, de conformidad con la cláusula cobertura de gastos médicos por accidente.

Cobertura en caso de incapacidad parcial - total permanente: ¢2,000,000.00

La aseguradora indemnizará el porcentaje de la suma asegurada correspondiente al grado de incapacidad permanente, con base en la tabla de indemnización incorporada en la cláusula de porcentajes de indemnizaciones por incapacidad total y/o permanente por accidente.

Tabla de Incapacidad parcial - total y permanente***

a) Incapacidad total y permanente por accidente	Porcentaje
Estado absoluto e incurable de deficiencia mental que no permita al Asegurado realizar ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida	100%
Fractura incurable de la columna vertebral que determinare la invalidez total y permanente	100%

I. Cabeza	Porcentaje
Sordera total o incurable de los dos oídos	50%
Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión normal de ambos ojos	40%
Sordera total e incurable de un oído	15%
Extirpación de la mandíbula inferior	50%

***Tomado de las condiciones generales del contrato, quienes prevalecen sobre esta presentación

Tabla de Incapacidad parcial - total y permanente***

II. Miembros superiores	Porcentaje
Pérdida total del miembro superior derecho o izquierdo	58%
Pérdida total de una mano	51%
Fractura o lesiones múltiples de la mano (rigidez total)	40%
Rigidez del hombro en posición no utilizable	27%
Rigidez del codo en posición no utilizable	22%
Rigidez del codo en posición utilizable	18%
Rigidez de la muñeca en posición no utilizable	18%
Rigidez de la muñeca en posición utilizable	13%
Pérdida total del dedo pulgar	16%
Pérdida total del dedo índice	12%
Pérdida total del dedo medio	8%
Pérdida total del dedo anular o el meñique	7%

***Tomado de las condiciones generales del contrato, quienes prevalecen sobre esta presentación

II. Miembros Inferiores	Porcentaje
Pérdida total del miembro inferior derecho o izquierdo	55%
Perdida de un pie	40%
Cicatrización anormal de la fractura de un fémur	35%
Cicatrización anormal de la fractura de una rótula	30%
Cicatrización anormal de la fractura de la tibia	35%
Fracturas o lesiones múltiples de un pie (rigidez total)	20%
Rigidez de la cadera en posición no utilizable	40%
Rigidez de la cadera en posición utilizable	20%
Rigidez de la rodilla en posición no utilizable	30%
Rigidez de la rodilla en posición utilizable	15%
Rigidez del tobillo (garganta del pie) en posición no utilizable	15%
Rigidez del tobillo en posición utilizable	8%
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 5 cms	15%
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 3 cms.	8%
Pérdida total de dedo gordo del pie	8%
Pérdida total de otros dedos del pie	4%

***Tomado de las condiciones generales del contrato, quienes prevalecen sobre esta presentación

Utilización de Servicios por libre elección médica

a. Deducible y coaseguro

- i.** Primero se aplica un deducible del cinco por ciento (5%) al total de los gastos.
- ii.** Posteriormente se aplica, un coaseguro del veinte por ciento (20%) en los gastos presentados por concepto de hospitalización y cirugía que requieran asistente y/o anestesista.

b. Los honorarios por tratamientos odontológicos ocasionados por un accidente, se indemnizarán de acuerdo con las tarifas establecidas por el Colegio de Odontólogos de Costa Rica vigentes en el momento del accidente.

c. El reintegro de los gastos de las sesiones de rehabilitación, consultas, suministros y otros servicios relacionados con Medicina Deportiva y Ortopedia se hará de la siguiente manera:

- i.** La primera consulta o atención relacionada con medicina deportiva u ortopedia, puede efectuarse en el consultorio, hospital o clínica más cercano o de preferencia. Si la lesión sufrida por el Asegurado es una fractura, se autoriza una segunda atención. En este caso se aplicará solamente el cinco por ciento (5%) de deducible.
- ii.** No se pagarán más de dos (2) consultas por accidente. Si la segunda consulta no es por fractura, se aplicará un cuarenta por ciento (40%) de coaseguro.
- iii.** El número de sesiones de rehabilitación se limita a cinco (5) por accidente, máximo 10 por año póliza, indistintamente del número de eventos presentados por el Asegurado. Cuando en un mismo evento se requieran más de cinco (5) sesiones, deberá solicitarse de previa autorización al Instituto, quien se reservará el derecho de valorar al Asegurado, antes de brindar su consentimiento hasta el límite de diez (10) sesiones indicado. A todas las terapias se le aplicará un cuarenta por ciento (40%) de coaseguro.
- iv.** Para el pago de los inmovilizadores y estabilizadores u otros implementos ortopédicos se aplicará, al costo razonable y acostumbrado, un deducible del cinco por ciento (5%) y un coaseguro del cuarenta por ciento (40%).

d. Transporte de emergencia en ambulancia al momento del accidente -máximo- diez mil colones (¢10.000.00) por accidente.

Utilización de servicios en cualquiera de los Centros Médicos Regionales y Referenciales del INS y en la Unidad de Valoración Inicial del Hospital del Trauma.

a. Para la atención del Asegurado, éste debe presentarse en cualquiera de los Centros Médicos Regionales y Referenciales del INS sujeto a las siguientes condiciones:

- i) No se limita la cantidad de consultas.
- ii) No se aplicará deducible ni coaseguro.
- iii) Transporte de emergencia en ambulancia al momento del accidente -máximo- diez mil colones (¢10.000.00) por accidente.

b. El reintegro de los gastos de las sesiones de rehabilitación, consultas, suministros y otros servicios relacionadas con Medicina Deportiva y Ortopedia se hará de la siguiente manera:

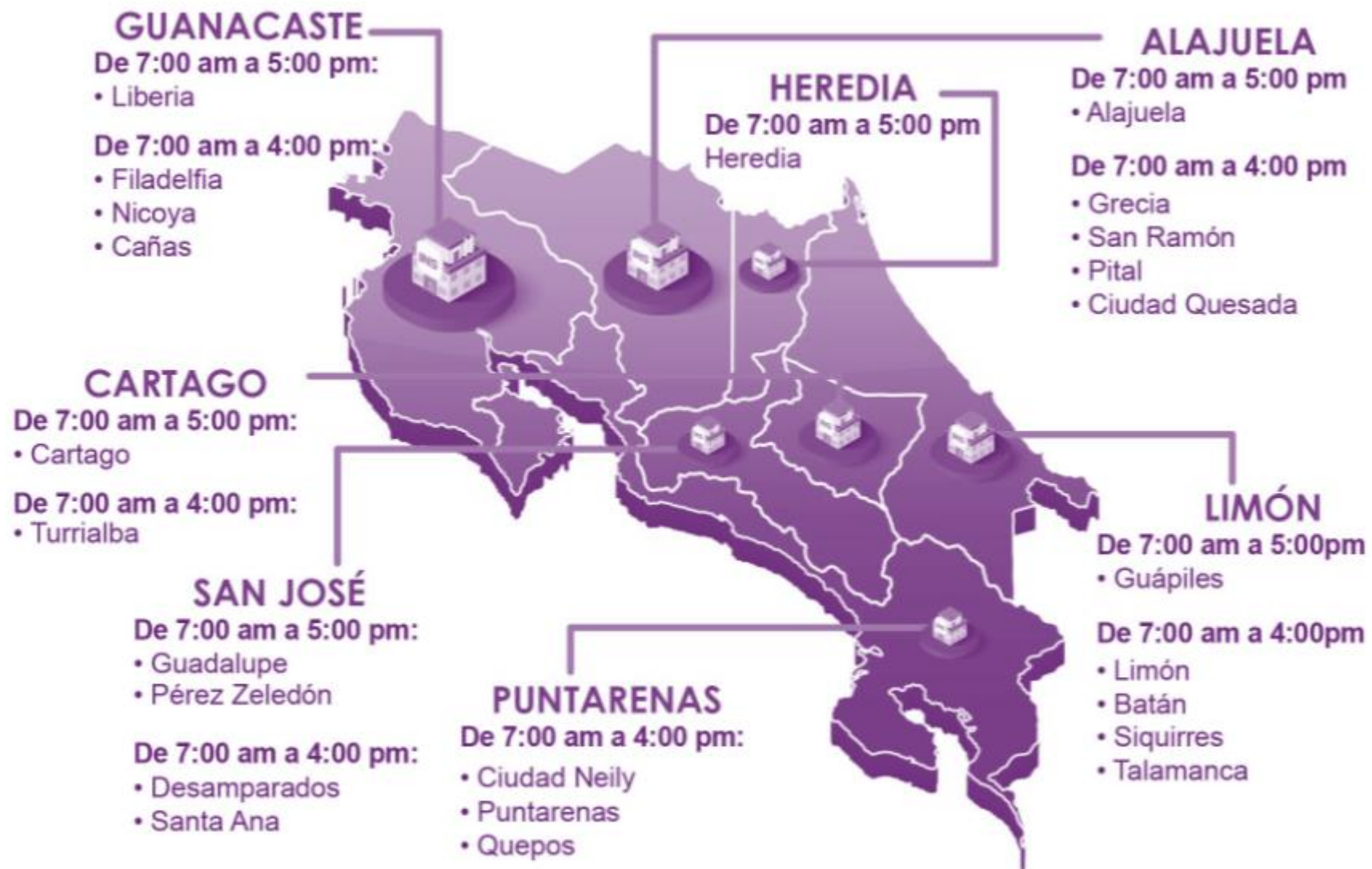
- i) La primera consulta, puede efectuarse en el consultorio o clínica más cercana o de preferencia. Si la lesión sufrida por el Asegurado es una fractura se autoriza una segunda atención.
- ii) El tratamiento subsecuente podrá realizarse en cualquiera de los Centros Médicos del INS o mediante libre elección médica del Asegurado.
- iii) Los beneficios se aplicarán de la siguiente manera, siempre y cuando el monto asegurado lo permita:
 - 1) No se limita la cantidad de sesiones de rehabilitación.
 - 2) El Hospital del Trauma previa valoración y prescripción médica, suministrará los inmovilizadores y estabilizadores, tales como: rodilleras, tobilleras, muñequeras, coderas, fajas lumbares, musleras, soportes de cadera u otros implementos ortopédicos.
 - 3) Traslado desde fuera del Gran Área Metropolitana, hacia el Hospital del Trauma. Se le pagarán viáticos por los siguientes conceptos:
 - a. Por transporte automotor, los cuales serán reconocidos de acuerdo con las tarifas autorizadas por el Ministerio de Obras Públicas y Transporte (M.O.P.T).
 - b. Por gastos de alimentación y/u hospedaje, reconocidos conforme a los límites anuales establecidos por acuerdos de Junta Directiva para el régimen de Riesgos del Trabajo y Seguro Obligatorio de Vehículos Automotores.

Principales Exclusiones

1. Tratamientos dentales, salvo que sean a consecuencia directa de un accidente cubierto por esta póliza y correspondan a la segunda dentición del Asegurado.
2. Reposición de anteojos, lentes de contacto y prescripciones para los mismos, así como aparatos auditivos.
3. Enfermedad.
4. Tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean causados por un accidente amparado.
5. Lesiones causadas voluntariamente al Asegurado por su representante legal o beneficiario.
6. Hernias inguinales.
7. Gastos que sobrepasen la suma asegurada.
8. Servicios médicos brindados al Asegurado tanto por personas físicas como jurídicas, en las que el mismo tenga una relación de afinidad o consanguinidad hasta tercer grado; o que el Asegurado tenga una relación comercial, como, pero no limitados, a: proveedores de servicios, representante legal, miembro, socio, propietario u otro.



Centros de Salud del INS





Seguro de Accidentes para Estudiantes

Utilización de la póliza



¿Cómo presentar los reclamos de gastos médicos?



1. **Parte A** - Solicitud de beneficios completada y firmada por el encargado del menor.
2. **Parte B** - Declaración del medico de cabecera, firmada y sellada.
3. Recetas para medicamentos, solicitud de exámenes como ultrasonidos, RX, etc.
4. Resultados de todas las pruebas que se realizaron en la atención (En caso de resonancia, RX, ultrasonidos, deben remitir el reporte no la imágenes)
5. Facturas electrónicas y sus respectivos detalles.
6. Incluir el numero de cuenta del encargado para el respective pago.

¿Cómo presentar los reclamos de gastos médicos?



1. **Escaneo** y convierto en un **solo PDF**, N° de póliza **0125ACG0000541**



2. Envío el **correo** a reclamos.crc@wtwco.com

Asunto: Nombre del colegio, Nombre Paciente (estudiante), Número de póliza.

3. Nota con el número de cuenta iban del padre o encargado.



4. Resguardo el documento físico.

***Importante:** Las imágenes deben ser **legibles** y **no** presentar **alteración**

Requisitos para Presentar Reclamos Médicos

 **INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS** Seguros Personales **SOLICITUD DE BENEFICIOS**
(Llenarlo a máquina o con letra de imprenta)

Nombre del producto: _____

Poliza N°. _____ Reclamo N°. _____

INFORMACIÓN SOBRE EL ASEGURADO

Nombre del Asegurado Directo: _____
PRIMER APELLIDO _____ SEGUNDO APELLIDO _____ NOMBRE _____

N°. Identificación: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Dirección exacta o Apartado Postal: _____

Cuenta Cliente del Asegurado Directo: _____

Yo _____ documento de identidad N° _____
autorizo para que los montos resultantes de la indemnización de los gastos médicos presentados, sean depositados en la cuenta cliente
N° _____, Moneda _____ del banco _____
la cual se encuentra a nombre de _____ con documento de identidad _____

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____
PRIMER APELLIDO _____ SEGUNDO APELLIDO _____ NOMBRE _____

N°. Identificación: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Profesión u Oficio: _____ Género: Masculino Femenino

RELACIÓN CON EL ASEGURADO: Cónyuge Mi persona Hijo (a)

Compañía en la que labora o Centro de Estudios: _____

¿Tiene seguro médico con otra compañía aseguradora? SI NO

Nombre de la compañía _____ N° de póliza _____

INFORMACIÓN SOBRE EL RECLAMO

El reclamo fue a consecuencia de: ENFERMEDAD ACCIDENTE MATERNIDAD OTROS

Naturaleza de la dolencia o enfermedad (detalle los síntomas, si se debió a accidente, dónde, por qué y cómo pasó) Consecuencias _____

_____. Primeros síntomas manifestados de la enfermedad o accidente: _____

Fecha: _____ Lugar: _____ Ocupación: _____

¿Se debió esta dolencia a la ocupación del paciente?: SI NO

Indique nombre y teléfono de los testigos que presenciaron el accidente: _____

Si estuvo hospitalizado indique el nombre del hospital y días que estuvo recluido: _____

Nombre y domicilio del médico (s) que le prestó (aron) los primeros auxilios. Indique si es médico habitual del Asegurado. En caso de enfermedad indique el nombre del médico que lo atiende: _____

NOMBRE	DIRECCIÓN	Primera fecha consulta		
		día	mes	año

Por este medio certifico que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento y autorizo a todos los doctores u otras personas que me examinaron y a todos los hospitales o cualquiera otras instituciones para que suministren información completa (adjuntando copias completas de sus archivos) en relación con este reclamo al INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS (INS). Asimismo autorizo a los funcionarios que el I.N.S designe, para consultar y recopilar toda la información contenida en mis expedientes en cualquier otro centro hospitalario, clínica o consultorio ya sea privado o perteneciente a la Caja Costarricense del Seguro Social.

Nombre y cédula del reclamante _____ Firma _____ Fecha _____

INS-F1008255 20 000 12/17 CO-A150826 ins/mmm **Sólo** los seguros del INS tienen la garantía del Estado.

Completar por el Asegurado

Indicar cuenta **IBAN** para
deposito de liquidación

Firma del asegurado

Requisitos para Presentar Reclamos Médicos

DECLARACIÓN JURADA DEL MÉDICO DE CABECERA		PARTE B
(Llenarla a máquina o con letra imprenta)		
Nombre del Paciente:	Edad:	
Descripción clínica (síntomas y signos) y evolución de los mismos. Para casos de accidente detalle el mecanismo de trauma (descripción del evento).		
Diagnóstico (s) etiológico (s) final (es).	Fecha de Evolución	
Relacione cada una de sus indicaciones (exámenes, medicamentos, etc.) con el o los diagnósticos.		
¿Cuándo le consultó el paciente por primera vez sobre esta condición?		
¿Ha sufrido el paciente de esta enfermedad anteriormente? ¿Cuándo?		
¿Qué relación tiene este diagnóstico con otros padecimientos del asegurado?		
¿Desde cuándo ha tratado al asegurado como paciente? ¿Sobre cuál diagnóstico?		
Describa detalladamente la clase de tratamiento, procedimiento o cirugía practicada.		
Costo detallado de cada procedimiento: ¿Con hospitalización? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Consulta médica		
Procedimiento	Costo del procedimiento	
Procedimiento	Costo del procedimiento	
Procedimiento	Costo del procedimiento	
Cirugía	Costo de la cirugía	
Fecha y lugar donde fue realizada:		
Explique qué otra intervención quirúrgica se anticipa más adelante. ¿Por qué?		
¿Esta todavía el paciente a su cuidado por este diagnóstico? (Si fue dado de alta, indique la fecha)		
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fecha del alta:	
Fecha	Nombre del médico, teléfono y dirección completa	Firma del médico
Nota: Si el espacio no es suficiente, puede adjuntar hoja adicional para detallar, la misma debe estar claramente identificada con el nombre del paciente y firmada y sellada por el médico. Favor entregar al asegurado, los informes de los estudios realizados a su paciente, para que aporte las fotocopias de los mismos.		

Doctor indica lo marcado

1. **Diagnóstico**
2. **Cuadro Clínico**
3. **Si envió medicamentos, exámenes, etc.**
4. **Fecha, Firma y sello del médico**
5. **Sin alteraciones ni tachones, lapicero de un solo color**



Firma, fecha y sello del Dr.



Seguro de Accidentes para Estudiantes

Atención de solicitudes

Centro de Atención Especializada




Consulto Seguro

Centro de atención especializada donde los asegurados y familiares pueden realizar consultas, trámites y servicios relacionados a su póliza como:

- ✓ Coberturas
- ✓ Beneficios
- ✓ Carnet
- ✓ Trámites de reclamos

A través de

- Correo electrónico 
crc-consultoseguro@unity.co.cr

- Micrositio y chat en línea 





Su ejecutivo personal de servicio



Irving Ureña M.

Ejecutivo Affinity Costa Rica

irving.urena@wtwco.com

T: +506 2582-9701

M: +506 8435-6888

Oficentro Ejecutivo La Sabana, Torre 1 Piso 2, 50 metros Sur de la Contraloría.

Sabana Sur, San José. Costa Rica

Su ejecutivo en línea



crc-consultoseguro@unity.co.cr

T. +506 2582-9704

MUCHAS GRACIAS



Corredores de Seguros