

CASO NUMERO

Señor Patrono: Este documento constituye una declaración de que el evento ocurrió en tiempo y forma. Debe ser llenado con un solo tipo de letra, legible, sin borrones o tachones, ni cualquier alteración que permita dudar de la autenticidad del documento. Favor llenar TODOS los campos solicitados.

| DATOS RELATIVOS AL TRABAJADOR  |  |                               |  |  |  |  |                                  |   |                                       |
|--|--|-------------------------------|--|--|--|--|----------------------------------|---|---------------------------------------|
| Primer Apellido:   |  |                               | Segundo Apellido:  |  |  | Nombre Completo:   |                                  |   |                                       |
| Tipo de Identificación: <input type="checkbox"/> Cédula Nacional <input type="checkbox"/> DIMEX <input type="checkbox"/> Permiso Trabajo   |  |                               | Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado Judicial                  |  |  |  |                                  |   |                                       |
| <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> DIDI <input type="checkbox"/> Régimen Excepcional  |  |                               | <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Célibe   |  |  | <input type="checkbox"/> Otro _____                                    |                                  |   |                                       |
| Identificación:  |  |                               | Ocupación:   |  |  |  |                                  |   |                                       |
| Fecha de nacimiento:   |  | Nacionalidad:                 |  | Género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer   |  | Lugar de residencia  |                                  |   |                                       |
| Día ____ Mes ____ Año ____   |  |                               |  |  |  | Provincia:   |                                  | Cantón:   |                                       |
|  |  |                               |  |  |  |  |                                  | Distrito:   |                                       |
| Dirección exacta:  |  |                               |  |  |  |  |                                  |   |                                       |
| Calle:   |  |                               | Avenida:   |  |  | Otras señas:   |                                  |   |                                       |
| Teléfono Domicilio:  |  |                               | Teléfono Celular:  |  |  | Correo electrónico:  |                                  |   |                                       |
| Para el depósito de las prestaciones económicas en caso de declararse una incapacidad temporal o permanente, por favor ingrese la siguiente información:<br><b>Número de cuenta IBAN (un dígito por espacio)</b>   |  |                               |  |  |  |  |                                  |   |                                       |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">             C R _____           </div>  |  |                               | <b>Nombre del Banco</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>  |  |  |  |                                  |   |                                       |
| Se le recuerda que la cuenta indicada debe pertenecer al trabajador (se válida contra número de identificación) y cumplir con las disposiciones emitidas por el Banco Central de Costa Rica.   |  |                               |  |  |  |  |                                  |   |                                       |
| DATOS RELATIVOS A LA RELACIÓN LABORAL  |  |                               |  |  |  |  |                                  |   |                                       |
| Número de Póliza:  |  |                               | Nombre del Patrono:  |  |  |  |                                  |   |                                       |
| Lugar de trabajo:  |  |                               |  |  |  |  |                                  |   |                                       |
| Correo electrónico:  |  |                               | Teléfono de la Oficina:  |  |  | Fax:   |                                  |   |                                       |
| Forma de pago  |  | Fecha de ingreso a la empresa |  | Días laborados por semana  |  |  |                                  |   |                                       |
| <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> No Mensual   |  | Día ____ Mes ____ Año ____    |  | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 |  |  |                                  |   |                                       |
| DATOS RELATIVOS AL ACCIDENTE   |  |                               |  |  |  |  |                                  |   |                                       |
| Forma de accidente   |  |                               |  |  |  |  |                                  |   |                                       |
| <input type="checkbox"/> Caídas de personas  |  |                               | <input type="checkbox"/> Caídas de objetos   |  |  | <input type="checkbox"/> Pisadas, choques o golpes por objetos         |                                  |   |                                       |
| <input type="checkbox"/> Atrapado por un objeto o entre objetos  |  |                               | <input type="checkbox"/> Esfuerzos excesivos o falsos movimientos  |  |  | <input type="checkbox"/> Exposición/contacto con temperaturas extremas |                                  |   |                                       |
| <input type="checkbox"/> Exposición/contacto corriente eléctrica   |  |                               | <input type="checkbox"/> Exposición/contacto sustancias nocivas o radiaciones  |  |  | <input type="checkbox"/> Otras formas de accidente                     |                                  |   |                                       |
| Descripción del accidente (¿qué hacía? ¿Cómo sucedió?)   |  |                               |  |  |  |  |                                  |   |                                       |
|  |  |                               |  |  |  |  |                                  |   |                                       |
| <b>*Agente material</b><br><input type="checkbox"/> Máquinas <input type="checkbox"/> Materias, sustancias y radiaciones<br><input type="checkbox"/> Medio Transporte <input type="checkbox"/> Ambiente de trabajo<br><input type="checkbox"/> Otros aparatos <input type="checkbox"/> Otros agentes |  |                               | Causa externa (Lesiones que son consecuencia de un agente externo, que si eso no estuviera presente, no se hubiera provocado el accidente) |  |  |  |                                  |   |                                       |
| Mecanismo de trauma que ocasiona la lesión   |  |                               |  |  |  |  |                                  |   |                                       |
| <input type="checkbox"/> Golpe Directo   |  |                               | <input type="checkbox"/> Distorsivo (torcedura)  |  | <input type="checkbox"/> Sobre esfuerzo  |  | <input type="checkbox"/> Heridas |   | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |
| Lugar del accidente  |  |                               |  |  |  |  |                                  |   |                                       |
| <input type="checkbox"/> Puesto de trabajo habitual, dentro o fuera del centro de trabajo  |  |                               |  |  | <input type="checkbox"/> Otro lugar dentro del centro de trabajo                 |  |                                  |   |                                       |
| <input type="checkbox"/> Labores de trabajo no habituales, fuera del centro de trabajo   |  |                               |  |  | <input type="checkbox"/> In Itinere (trayecto de la casa al trabajo o viceversa) |  |                                  |   |                                       |
| Ruta habitual utilizada por el trabajador (Trayecto Trabajo -Casa y Viceversa)   |  |                               |  |  |  |  |                                  |   |                                       |
| Fecha y hora del accidente   |  |                               |  |  | Fecha en que suspende trabajo  |  |                                  | Hubo parte de tránsito                                  |                                       |
| Día ____ Mes ____ Año ____ Hora ____:____ <input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm  |  |                               |  |  | Día ____ Mes ____ Año ____   |  |                                  | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |                                       |
| Horario laboral del día del accidente:   |  |                               |  |  | Trabajador falleció <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No      |  |                                  |   |                                       |
| Donde falleció: <input type="checkbox"/> En el lugar del accidente   |  |                               |  |  | <input type="checkbox"/> En otro lugar ¿Dónde? _____                             |  |                                  |   |                                       |

PATRONO: \_\_\_\_\_

Nombre del trabajador: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

Fecha de accidente: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

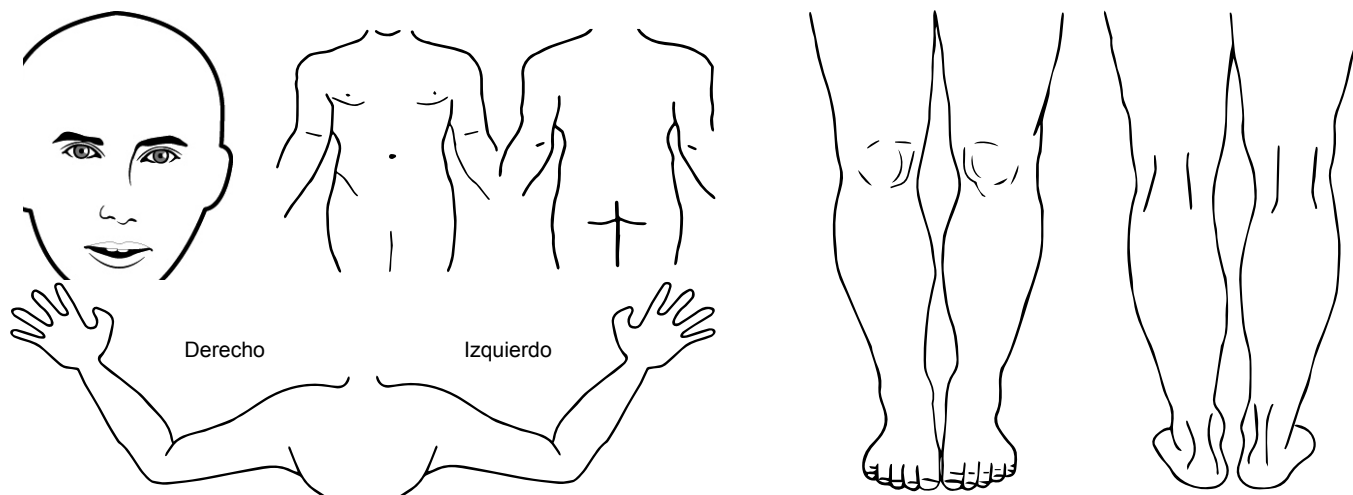
SELLO DE LA EMPRESA

VER AL DORSO

### DATOS RELATIVOS A LA ENFERMEDAD LABORAL

|   |  |
|---|--|
| ¿Recibió el trabajador primeros auxilios o atención médica en un centro de salud diferente al INS?<br><div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Si    <input type="checkbox"/> No             </div> | ¿Dónde? (indique el nombre del centro médico)<br>¿Quién?<br>¿Cuándo?   |
| ¿Qué origina la enfermedad laboral?   |  |
| Mencione los síntomas que presenta el trabajador (a)  |  |
| Fecha aproximada en que inició con los síntomas reportados:   | En caso de enfermedad laboral indicar la fecha en que suspende labores |

Favor encerrar con un círculo, el área del cuerpo según el diagrama que se lesiona el trabajador en el accidente. Si son varias, amplíe el espacio de descripción.



Descripción de la parte del cuerpo lesionada:

### TRANSCRIPCIÓN DEL EXTRACTO DEL 214 DE LA LEY DE RIESGOS DEL TRABAJO

- Art 214 Sin perjuicio de otras obligaciones que este Código impone en relación con los riesgos del trabajo, el patrono asegurado queda también obligado a:

- a) Indagar todos los detalles, circunstancias y testimonios, referentes a los riesgos del trabajo que ocurran a sus trabajadores y remitirlos al Instituto Nacional de Seguros
- b) Denunciar al Instituto Nacional de Seguros, todo riesgo del trabajo que ocurra, dentro de los ocho días hábiles siguientes al acaecimiento.
- c) Cooperar con el Instituto Nacional de Seguros, a solicitud de éste, en la obtención de toda clase de pruebas, detalles y pormenores que tengan relación directa o indirecta con el seguro y con el riesgo cubierto.

Suministre los salarios brutos y los días efectivamente laborados, de las 3 planillas reportadas anteriores al accidente ante el Instituto. De haber diferencias entre un mes y otro y la misma es superior al 50% del salario bruto, se debe indicar el monto de la diferencia y a que correspondería, la razón debe ir indicada en el espacio de aclaraciones: (Salario Ordinario – Salario Extraordinario – Comisión – Salario Escolar).

| MES Y AÑO | SALARIO DEVENGADO | DÍAS PAGADOS | MONTO DE DIFERENCIA | ACLARACIONES |
|-----------|-------------------|--------------|---------------------|--------------|
|           |                   |              |                     |              |
|           |                   |              |                     |              |
|           |                   |              |                     |              |

Declaro que los nombres de las personas a continuación fueron testigos presenciales del evento.

| Testigos presenciales del accidente | Dirección | Teléfono |
|-------------------------------------|-----------|----------|
|                                     |           |          |
|                                     |           |          |

La documentación contractual y nota técnica que integran este producto, están registradas ante la Superintendencia General de Seguros (SUGESE), de conformidad con lo dispuesto en el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, según registro del 27 de enero del 2021.

#### SEÑOR PATRONO:

El Instituto Nacional de Seguros (INS) con el fin de facilitarle y ofrecerle seguridad, control y ahorro al realizar sus trámites del Seguro de Riesgos del Trabajo, creó el Sistema RT Virtual por medio del cual todos los patronos pueden presentar planillas, incluir nuevos trabajadores, excluir trabajadores actuales, reportar accidentes de trabajo, entre otras, este Sistema lo puede encontrar en la página del INS [www.ins-cr.com](http://www.ins-cr.com)

Para obtener mas información o recibir asesoría, tenemos a su disposición las 24 horas del día los 7 días de la semana, la línea gratuita 800-TELEINS (800-8353-467) o al correo [registrointernet@ins-cr.com](mailto:registrointernet@ins-cr.com)