

CASO NUMERO

Señor(a) 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 DE LA PERSONA TRABAJADORA

Primer Apellido: Segundo Apellido: Nombre Completo: Número de Identificación:

Tipo identificación: Cédula Nacional Pasaporte Permiso Trabajo DIMEX DIDI Régimen Excepcional

Fecha nacimiento: Día: Mes: Año: Nacionalidad: Género: Masculino Femenino

Estado civil: Soltero(a) Casado(a) Célibe Divorciado(a) Unión libre Viudo(a) Separado(a) Otro:

Escolaridad: Sin escolaridad Conclusión educación primaria Conclusión educación secundaria Bachillerato Licenciatura Doctorado

Correo electrónico: Teléfono: Celular: Teléfono Domicilio:

Lugar de residencia: Provincia: Cantón: Distrito:

Calle(s): Avenida: Otras señas:

Para el depósito de las prestaciones económicas en caso de declararse una incapacidad temporal o permanente, por favor ingrese la siguiente información:

Número de cuenta IBAN (un dígito por espacio) **Nombre de la entidad bancaria**

Número de asegurado CCSS:

DATOS RELACIÓN LABORAL

Número de póliza: Nombre de la persona empleadora o empresa:

Lugar del Trabajo: Correo electrónico del patrono: Teléfono del patrono:

Fecha ingreso a la empresa: Día: Mes: Año: Ocupación: Forma de pago: Mensual No mensual

Días laborados por semana: 1 2 3 4 5 6 7

Información de los salarios brutos y los días efectivamente laborados, de las 3 últimas planillas reportadas antes del accidente ante el INS. De haber diferencias entre un mes y otro superiores al 50% del salario bruto, indicar el monto de la diferencia y a que correspondería, la razón debe ir indicada en el espacio de aclaraciones: (Salario Ordinario, Extraordinario, Escolar - Media jornada - Comisión).

Período	Año	Salario devengado	Días pagados	Monto de diferencia	Aclaraciones

DATOS DEL ACCIDENTE

Fecha accidente: Día: Mes: Año: Hora accidente: am pm Fecha en que suspende labores: Día: Mes: Año: Horario laboral día accidente:

Condición de la persona trabajadora: Vivo Fallecido Desaparecido Fecha de defunción o desaparición: Día: Mes: Año: Estaba en teletrabajo: Sí No

Dónde Falleció o se presume que desapareció?: En el lugar del accidente En otro lugar ¿Dónde?:

Descripción del accidente: Anote en forma amplia y clara lo ocurrido a la persona trabajadora contestando las siguientes preguntas:

¿Qué actividad o gestión realizaba al momento del accidente?

¿Cómo le ocurrió el accidente? (De dónde venía, para dónde iba, que hacía, que lo provocó),

¿Qué le ocurrió? (¿Se golpeó? ¿Se torció? ¿Tuvo una herida? ¿Realizó un sobreesfuerzo (indicar peso aproximado levantado)? ¿Se cayó desde el mismo nivel o desde otro nivel (indicar la altura aproximada)? entre otros:

Forma de accidente

- Caídas de personas
- Caídas de objetos
- Pisadas, choques o golpes por objetos
- Atrapado por un objeto o entre objetos
- Otras formas de accidente:
- Esfuerzos excesivos o falsos movimientos (Peso levantado)
- Exposición/contacto con temperaturas extremas
- Exposición/contacto corriente eléctrica
- Exposición/contacto sustancias nocivas o radiaciones

Agente material:

- Máquinas
- Medio Transporte
- Otros aparatos
- Materias, sustancias y radiaciones
- Ambiente de trabajo
- Otros agentes

Mecanismo de trauma que ocasiona la lesión:

Golpe Directo Heridas Sobre esfuerzo Distorsivo (torcedura) Otros:

Causa externa: (lesiones ocasionadas por un agente externo, que si no hubiera estado no se presenta el accidente (Ejemplos: fuego, frío, objetos extraños, entre otros.)

Lugar del accidente:

Puesto de trabajo habitual, dentro o fuera del centro de trabajo. Labores de trabajo no habituales, fuera del centro de trabajo.

Otro lugar dentro del centro de trabajo:

In Itinere (trayecto de la casa al trabajo o viceversa)

Ruta habitual utilizada por la persona trabajadora:

Testigos presenciales del accidente:

Nombre y apellidos	Correo electrónico	Teléfono
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATOS DE LA ENFERMEDAD

¿Recibió el trabajador(a) primeros auxilios o atención médica en un centro de salud diferente al INS? Sí No

¿Dónde?:

¿Con quién?:

¿Cuándo?:

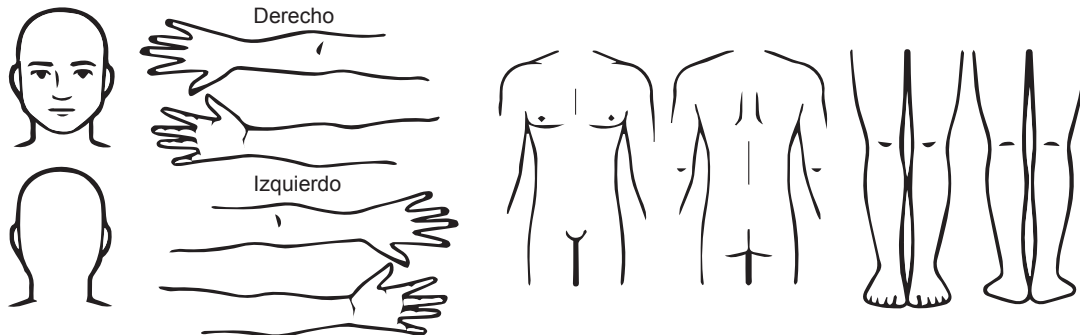
¿Fue por pandemia? Sí No ¿Qué originó la enfermedad laboral?:

Fecha aproximada en que inició con los síntomas: Día: Mes: Año: Estaba en teletrabajo: Sí No

Síntomas que presenta el trabajador(a): Fecha en que suspende labores: Día: Mes: Año:

DATOS RELATIVOS A LAS LESIONES

Encierre con un círculo el o las áreas del cuerpo que se lesionó el trabajador (a) en el accidente o enfermedad laboral.



Si lo requiere puede ampliar la(s) parte(s) del cuerpo lesionada(s), a continuación:

La documentación contractual y técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros (SUGESE) de conformidad con lo dispuesto en la cláusula 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653 según registro del 07 de marzo de 2023.

DECLARACIÓN TOMADOR SEGURO O REPRESENTANTE

Declaro que la información suministrada en este documento es fiel reflejo de que el siniestro ocurrió en tiempo y forma, según lo dispuesto en el artículo 214 del Título IV del Código de Trabajo, que en lo de interés señala:

“Sin perjuicio de otras obligaciones que este Código impone, en relación con los riesgos del trabajo, el patrono asegurado queda también obligado 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 Seguro.
- Denunciar al Instituto Nacional de Seguros todo riesgo del trabajo que ocurra, dentro de los ocho días hábiles siguientes a su acaecimiento.
- 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.

Asimismo, que los datos consignados son veraces y se pueden comprobar en cualquier momento y que, con la firma de este documento doy fe que conozco y acepto la responsabilidad existente por cualquier información suministrada que se compruebe ser falsa, todo de acuerdo con el marco legal costarricense.

Firma del Tomador del Seguro o Representante

Nombre completo, identificación y puesto del Representante
(solo para personas jurídicas)

Señor(a) Patrono: Con el fin de facilitarle y ofrecerle seguridad, control y ahorro al realizar sus trámites del Seguro Obligatorio de Riesgos del Trabajo, se creó el Sistema RT-Virtual por medio del cual puede reportar avisos de accidente, planillas, incluir nuevos trabajadores, entre otros. Este sistema lo puede encontrar en la página del INS www.grupoins.com. Para Obtener más información o recibir asesoría, está a su disposición las 24 horas del día y los 7 días de la semana, la línea gratuita 2287-6000 o el correo contactenos@grupoins.com.