



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"/> Persona física <input type="checkbox"/> Cédula de Residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Permiso Trabajo <input type="checkbox"/> DIMEX |  |                  |  | Estado civil  |  |
| Identificación  |  |                  |  | <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado<br><input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Célibe<br><input type="checkbox"/> Otro _____ |  |
| Fecha de nacimiento   |  | Nacionalidad     |  | Género  |  |
| Día / Mes / Año   |  |                  |  | <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino  |  |
| Provincia   |  | Cantón           |  | Distrito  |  |
| Dirección exacta  |  |                  |  | Escolaridad   |  |
| Calle   |  |                  |  | <input type="checkbox"/> Sin grado académico <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria<br><input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Postgrado universitario                                     |  |
| Avenida   |  | Otras señas      |  |   |  |
| Teléfono Domicilio  |  | Teléfono Celular |  | Correo electrónico  |  |

**DATOS RELATIVOS A LA RELACIÓN LABORAL**

|                        |                     |
|------------------------|---------------------|
| Número de Póliza:      | Nombre del Patrono: |
| Dirección del Patrono: |                     |

**NOTIFICACIONES**

Señale el medio por el cual desea ser notificado.

- Correo electrónico: \_\_\_\_\_
- Apartado o Dirección: \_\_\_\_\_
- Fax: \_\_\_\_\_

Recuerde mantener actualizados sus datos.

|                                     |  |                               |                           |
|-------------------------------------|--|-------------------------------|---------------------------|
| Forma de pago                       | Jornada laboral  | Fecha de ingreso a la empresa | Días laborados por semana |
| Mensual <input type="checkbox"/>    | Diurna <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/> | Día Mes Año                   | 1 2 3 4 5 6 7             |
| No Mensual <input type="checkbox"/> | Nocturna <input type="checkbox"/>                              |                               |                           |

**DATOS RELATIVOS AL ACCIDENTE**

|                            |     |     |                               |     |                          |     |  |   |
|----------------------------|-----|-----|-------------------------------|-----|--------------------------|-----|--|---|
| Lugar del accidente        |     |     |                               |     |                          |     |  |   |
| Fecha y hora del accidente |     |     | Fecha en que suspende trabajo |     | El accidente ocurrió en: |     |  |   |
| Día                        | Mes | Año | Hora                          | Día | Mes                      | Año | Jornada Trabajo <input type="checkbox"/> | Trabajador falleció:                                    |
|                            |     |     |                               |     |                          |     | Trayecto/casa <input type="checkbox"/>   | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

Descripción del accidente (Indicar que hacía, como ocurrió y cuales miembros se lesionó)

**DATOS RELATIVOS A LA ENFERMEDAD LABORAL**

|   |  |       |
|---|--|-------|
| Mencione los síntomas que presenta el trabajador (a)            | Fecha en que recibió la PRIMERA atención médica por esos síntomas: |       |
| Centro en que recibió la atención médica:                       |  |       |
| Nombre del Patrono o Representante Legal<br>Sello de la empresa | Número de Identificación   | Firma |

**ESPACIO PARA USO DEL INS**

|                          |                |                       |               |                   |
|--------------------------|----------------|-----------------------|---------------|-------------------|
| Salario diario promedio: | Forma de pago: | Código de aceptación: | Aceptado por: | SELLO DE RECIBIDO |
|--------------------------|----------------|-----------------------|---------------|-------------------|

**INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS**  
Riesgos del Trabajo

**ACUSE DE RECIBO DE RIESGO DEL TRABAJO OCURRIDO**

El Patrono asegurado deberá dar aviso del Riesgo del Trabajo sucedido al Instituto Nacional de Seguros a más tardar dentro de los 8 días siguientes a la ocurrencia del riesgo (artículo 214 del Código de Trabajo)

**PATRONO:** \_\_\_\_\_ Nombre del trabajador

**DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_ Fecha de accidente

**VER INSTRUCCIONES AL DORSO**

# TRANSCRIPCIÓN DE LOS ARTÍCULOS 195, 201 Y EXTRACTO DEL 214 DE LA LEY DE RIESGOS DEL TRABAJO

Art. 195 "Constituyen riesgos del trabajo, los accidentes y las enfermedades que ocurran a los trabajadores, con ocasión o por consecuencia del trabajo que desempeñen en forma subordinada y remunerada, así como la agravación o reagravación que resulte como consecuencia directa, inmediata e indudable de estos accidentes o enfermedades".

Art. 201 "En beneficio de los trabajadores, declárese obligatorio, universal y forzoso el seguro contra riesgos del trabajador en todas las actividades laborales. El patrono que no asegure a los trabajadores, responderá ante éstos y el ente asegurador, por todas las prestaciones médico - sanitarias, rehabilitación y en dinero, que este Título señala, y que dicho ente asegurador haya otorgado".

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.

1. Suministre los salarios brutos y los días efectivamente laborados, de las 3 planillas reportadas ante el Instituto antes del accidente. Si se presentan diferencias de un 50% entre un mes y otro, favor desglosar los diferentes rubros que se incluyen.

| MES Y AÑO | SALARIO DEVENGADO | DÍAS PAGADOS | OBSERVACIONES |
|-----------|-------------------|--------------|---------------|
|           |                   |              |               |
|           |                   |              |               |
|           |                   |              |               |

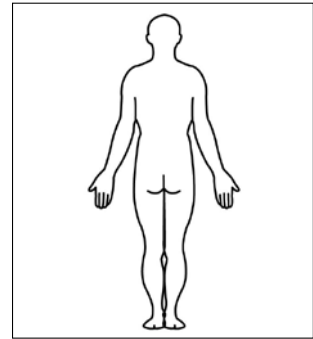
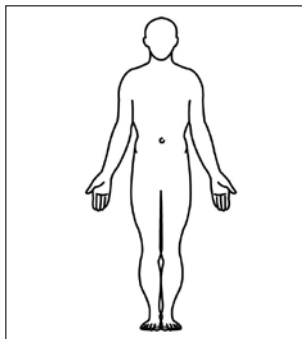
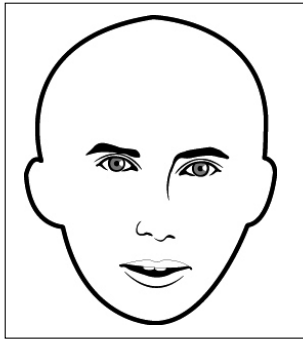
2. Si el trabajador no labora jornada completa, sírvase aclararlo indicando cual es su jornada:

---

3. Si el trabajador es de nuevo ingreso indique la Sede donde presento la inclusión provisional.

---

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



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

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

## OBSERVACIONES

---

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 13 de mayo de 2016.

SEÑOR PATRONO:

UTILICE NUESTRAS HERRAMIENTAS VIRTUALES, EL REPORTE MENSUAL DE PLANILLA ASÍ COMO ESTE AVISO PUEDE ENVIARLO DESDE SU OFICINA O CUALQUIER COMPUTADORA CON SOLO UNA CLAVE.

SOLICÍTELA YA, EN LA DIRECCIÓN, [www.ins-cr.com](http://www.ins-cr.com)