INS-F-1000648 04/2023 Imac/rmm

## AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD LABORAL

GRUPO		<b>NS</b>	Segu	no Op	ligatorio de	Riesgos de	l Trabajo	1			NUMERO (		ILDAD LADOKA
Señor(a) Pa sin borrones	atrono: E s o tachor	ste docum nes, ni cua	iento con ilquier ali	nstituye teración	una declaraci que permita	ón de que el dudar de la a	evento oc utenticida	urrió en tiem d del docum	po y forma ento. Favo	. Debe se or llenar T0	llenado cor DOS los ca	n un solo ti ampos soli	po de letra, legible citados.
					DAT	OS DE LA P	ERSONA	TRABAJAI	ORA				
Primer Apell	lido:			Segund	o Apellido:		Nom	ore Complet	0:		Número d	e Identifica	ación:
Tine identifi	!		l						· · ·				
Tipo identifice Fecha nacin			lula Nacio Mes:	onaı ( \( \text{Año:} \)	Pasaporte	Permis: ionalidad:	so Trabajo	DIME	Х 📗 D	IDI F	Régimen Exc		O
Estado civil:		ia.	vies.		Iva	Jorialidad.					Género: [	_ Masculii	no Femenino
Soltero		Casado(a)	) 🗌 C	Célibe	Divorciad	o(a) Ur	nión libre	☐ Viudo(	a) Se	eparado(a	Otro:		
Escolaridad	: Sir	n escolarid	ad	Conclu	sión educació a		clusión edi ndaria	ıcación	Bachiller	ato	_icenciatura	Doc	torado
Correo elect	trónico:					Teléfono	Celu	lar:		Tel	éfono Domi	cilio:	
Lugar de res	eidoneia:	Dravinaia				Contán				Dietrite			
_	sidericia.	FIOVITICIA.				Cantón:				Distrito	·		
Calle(s):				Ave	enida:			Otras s	enas:				
Para el depo <b>Número de</b>						declararse υ	ina incapa	cidad tempo			or favor ingr dad banca	_	iiente información
CR													
Número de	asegurad	lo CCSS:											
						DATOS RE	I ACIÓN	ABORAL					
Número de	póliza: (				Nombre de	la persona			a: (				
Lugar del Tr	apaio.				 Correo ele	ctrónico del p	atrono.			Te	eléfono del p	atrono.	
Lugar acr 11	abajo.					oti oriioo dei p	outrono.				iciono dei p		
Fecha ingre	so a la er	mpresa: [	Día:	Mes:	Año:	Ocu	pación: (			— ) F	orma de pa	go:	
Período	Año	Salario	deveng	ado	Días pagado	Monto de	diferencia			A	claraciones		
						DATOS	DEL ACC	DENTE					
Fecha accid Día:	lente: Mes:	Año:		Hora	accidente:	m pm	Fecha er Día:	que suspe	nde labore Año:	s:	Horario labo	oral día aco	cidente:
Condición d	e la perso		adora: esapared		echa de defun	ción o desap	arición: [	ía: M	es: A	Año:	Estaba	en teletrab	oajo: 🗌 Sí 🔲 N
Dónde Falle	eció o se p	presume q	ue desa	pareció1	?: En el	ugar del acci	dente [	En otro lu	gar ¿Dónd	e?:			
¿Qué activio ¿Cómo le oo ¿Qué le ocu	dad o ges currió el a ırrió? (¿S	stión realiza accidente? e golpeó?	aba al m (De dón ¿Se toro	nomento nde vení ció? ¿Tu	lia y clara lo d del accidente a, para dónde uvo una herida nada)? entre	:? e iba, que had a? ¿Realizó u	cía, que lo	provocó),		Ü	, 0		desde el mismo
Forma de a							- f-1-:		/Dec - '				
	de perso					os excesivos			`	ntado)			
	de objeto			-4	) (	ón/contacto	•		emas				
	•	es o golpes	. ,		)	ón/contacto			odionis = s				
_		objeto o e accidente	_	EIOS	Exposic	ón/contacto	sustancias	nocivas o r	adiaciones	<b>5</b>			
		accidente											
Agente mate	_	Medio Tra	nsporte		tros aparatos	☐ Materia	as sustan	cias y radiad	iones	Ambien	e de trabajo	Otr	os agentes

Página 1 de 2

Mecanismo de trauma que ocasiona la lesión:  Golpe Directo Heridas Sobre esfuerzo Distorsivo (torcedura) Otros:												
Causa externa: (lesiones ocasionadas por un agente externo, que sentre otros.)	` , _	emplos: fuego, frío, objetos extraños,										
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										
DATO	OS DE LA ENFERMEDAD											
¿Recibió el trabajador(a) primeros auxilios o atención médica en un centro de salud diferente al INS?												
¿Dónde?:	recritio de saida diferente al invo:											
¿Con quién?:												
¿Cuándo?:												
¿Fue por pandemia? Sí No ¿Qué originó la enfermedad laboral?:												
Fecha aproximada en que inició con los síntomas: Día: Mes	S: Año: Estaba en teletrabajo: Sí	No										
Síntomas que presenta el trabajador(a):		Fecha en que suspende labores:										
		Día: Mes: Año:										
	J											
DATOS R	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.												
Derecho Izquierdo Izquierdo												
Si lo requiere puede ampliar la(s) parte(s) del cuerpo lesionada(s), a	a continuación:											
La documentación contractual y técnica que integran este producto, con lo dispuesto en la cláusula 29, inciso d) de la Ley Reguladora de												
DECLARACIÓN TO	MADOR 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:												
<ul> <li>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.</li> <li>b) Denunciar al Instituto Nacional de Seguros todo riesgo del trabajo que ocurra, dentro de los ocho días hábiles siguientes a su acaecimiento.</li> <li>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.</li> </ul>												
Asimismo, que los datos consignados son veraces y se pueden con y acepto la responsabilidad existente por cualquier información sum												
	][											
Firma del Tomador del Seguro o Representante	Nombre completo, identificación (solo para persor											

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.