

1. Suministre los salarios devengados por el trabajador, en los tres meses de planilla presentados al Instituto antes del accidente:

MES Y AÑO	SALARIO DEVENGADO	DIAS PAGADOS	OBSERVACIONES:

El salario a reportar es el bruto, si hay diferencias notorias entre un mes y otro es necesario desglosar los diferentes rubros que se incluyen (salario ordinario, extraordinario, vacaciones, aumentos retroactivos, comisiones o cualquier otro rubro que se incluya) de ser necesario sirvase efectuar cualquier aclaración referente a las planillas y/o los días laborados. (Utilice espacio observaciones)

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

3. En caso de que por parte de la empresa se le reconozca algún porcentaje durante el periodo de incapacidad temporal, sirvase indicarnos el mismo: _____

4. Si el trabajador falleció en el accidente, favor indicar los nombres de sus familiares (cónyuge hijos menores dependientes, padre u otros dependientes, incluyendo el domicilio, número de Cédula y número de asegurado de la Caja Costarricense de Seguro Social) De ser necesario, utilice el espacio de observaciones u hoja adicional.

OBSERVACIONES: _____

Testigos presenciales del accidente	Dirección	Teléfono

 PATRONO O SU REPRESENTANTE
 (FIRMA Y SELLO)

ESPACIO PARA USO DEL DEPARTAMENTO DE RIESGOS DEL TRABAJO		
FECHA DE MODIFICACION	DATO MODIFICADO	FIRMA RESPONSABLE

TRANSCRIPCION DE LOS ARTICULOS 201 Y 195 DE LA LEY DE RIESGOS DEL TRABAJO

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. 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".



CASO NUMERO

Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombre Completo	
Nombre o razón social					
Tipo de Identificación		Cédula de Residencia		Pasaporte	
<input type="checkbox"/> Persona Física <input type="checkbox"/> Jurídico		<input type="checkbox"/> Gobierno		<input type="checkbox"/> Institución Autónoma	
Identificación		Ocupación o Actividad económica		Estado Civil	
Fecha de Nacimiento		Nacionalidad		Sexo	
Día / Mes / Año				<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
Provincia		Cantón		Distrito	
Dirección exacta		Escolaridad		Sin grado Académico	
Calle		Avenida		Otras señas	
Apartado		Teléfono Oficina		Teléfono Domicilio	
Teléfono Celular		Ingreso mensual aproximado		Sitio Web	
Dirección Electrónica		Nombre del Patrono		Teléfono del Patrono	
Nº. de Fax		Cuenta Cliente		Banco Emisor	
Cantidad de Empleados (Solo para Empresas)		Forma de Pago		Jornada Laboral	
		<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> No Mensual		<input type="checkbox"/> Diurna <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/> Nocturna	

DATOS RELATIVOS CON RELACION LABORAL

Número de Póliza / Número de Asegurado		Dirección	
*Los campos de estos datos corresponden al número de asegurado que tiene el trabajador en la C.C.S.S.			
Fecha Ingreso a la Empresa		Días laborados por semana	
Día / Mes / Año		1 2 3 4 5 6 7	

Si es un trabajador nuevo, indique en cual Agencia u Oficina presentó la inclusión provisional

DATOS RELATIVOS CON EL ACCIDENTE

En caso de enfermedad para indicar la fecha del accidente utilice el día en que el trabajador suspendió labores			
Fecha y hora del accidente		Lugar del accidente	
Día / Mes / Año / Hora			
Fecha en que suspende trabajo		Fecha de defunción	
Día / Mes / Año		Día / Mes / Año	
El accidente ocurrió en:		Jornada Trabajo <input type="checkbox"/>	
		Trayecto/casa <input type="checkbox"/>	

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

Nombre del profesional que prestó primeros auxilios	Dirección	Teléfono
---	-----------	----------

ESPACIO PARA USO DEL INS

Código Subrogación	Póliza de Reintegro	Enfermedad laboral		Código Causa Externa
1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> NO	1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> NO	1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> NO		
Salario diario promedio	Salario anual	Código de Defunción		
Planilla hasta	Inclusión Provisional	1. Resolución Caso Aceptado <input type="checkbox"/>		
	1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> NO	2. Caso Suspendido por Falta constancia de salario <input type="checkbox"/>		
NOTAS:		3. Resolución de pago 1. Pagar <input type="checkbox"/>		
		Nº. asegurado <input type="checkbox"/>		
		Nº. amparado <input type="checkbox"/>		
		Detalle del accidente <input type="checkbox"/>		
		Faltan datos subrogación <input type="checkbox"/>		
		Otros <input type="checkbox"/>		
Aceptado por	Revisado por	Nombre, Firma Sello de Patrono o Representante		SELLO DE RECIBIDO
		Fecha		

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

DIRECCION: _____

VER INSTRUCCIONES AL DORSO

Fecha del Accidente