



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.**

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				Estado civil	
Identificación				Ocupación o actividad económica	
Fecha de nacimiento		Nacionalidad		Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
Provincia		Cantón		Distrito	
Dirección exacta				Escolaridad	
Calle		Avenida		Otras señas	
Apartado		Teléfono Oficina		Teléfono Domicilio	
Teléfono Celular		Correo Electrónico:			

**DATOS RELATIVOS A LA RELACION LABORAL**

Número de Póliza:		Nombre del Patrono:			
Dirección del Patrono:					
Correo Electrónico:		Teléfono de Oficina:		Fax:	
Forma de pago		Jornada laboral		Fecha de ingreso a la empresa	
Mensual <input type="checkbox"/>		Diurna <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/>		Día Mes Año	
No Mensual <input type="checkbox"/>		Nocturna <input type="checkbox"/>		Días laborados por semana	
				1 2 3 4 5 6 7	

**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
				Jornada Trabajo <input type="checkbox"/>	
				Trayecto/casa <input type="checkbox"/>	
				Trabajador falleció:	
				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			Número de Identificación		Firma
Sello de la empresa					

**ESPACIO PARA USO DEL INS**

Acceptado por:	Código de aceptación:	Forma de pago:	Salario diario promedio:	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

**DIRECCION:** \_\_\_\_\_

Fecha de accidente

VER INSTRUCCIONES AL DORSO

# TRANSCRIPCIÓN DE LOS ARTICULOS 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.

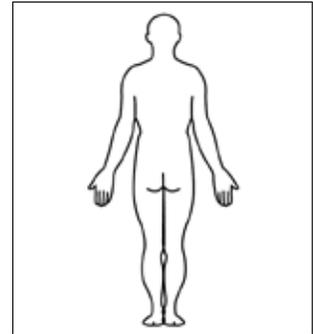
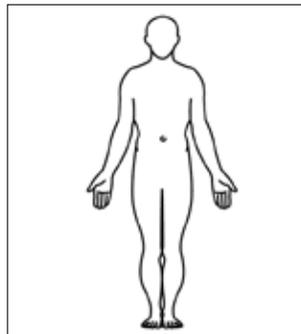
1. Suministre los salarios brutos y los días efectivamente laborados, de las 3 planillas reportadas ante el Instituto antes del accidente. Si se presentan diferencias de un 50% entre un mes y otro, favor desglosar los diferentes rubros que se incluyen.

MES Y AÑO	SALARIO DEVENGADO	DIAS PAGADOS	OBSERVACIONES

2. Si el trabajador no labora jornada completa, sirvase 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

\_\_\_\_\_  
PATRONO O SU REPRESENTANTE  
(Firma y Sello)

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

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