



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

#### 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?:

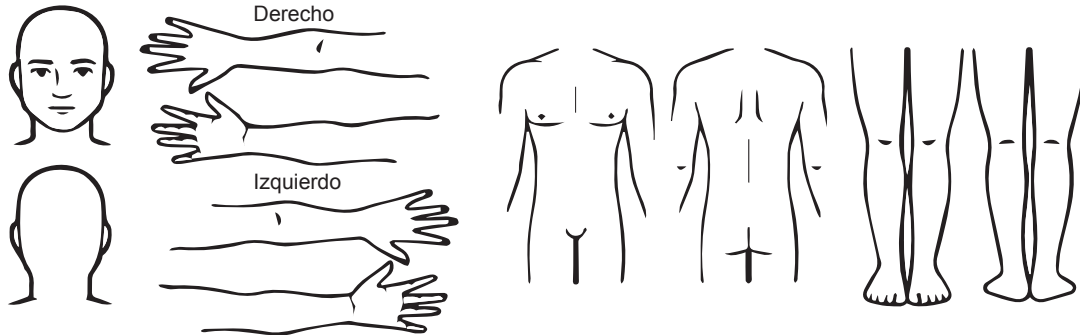
¿Fue por pandemia?  Sí  No ¿Qué originó la enfermedad laboral?:

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.grupoin.com](http://www.grupoin.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@grupoin.com](mailto:contactenos@grupoin.com).