

**INFORMACION PARA EL RECONOCIMIENTO DE COMPROBANTES ELECTRONICOS**

1. Nombre de la persona lesionada:		2. Identificación:
3. Número de teléfono:	4. Fecha de accidente:	
5. Correo electrónico:	6. Número de caso:	
7. Tipo de evento: <input type="checkbox"/> Accidente de Trabajo <input type="checkbox"/> Accidente de Tránsito <input type="checkbox"/> Enfermedad Laboral		
8. Justificar porqué la persona lesionada acudió a recibir atención médica de forma privada:		
9. Partes del cuerpo lesionadas (indicar lado correspondiente sea derecho o izquierdo):		
10. Número de comprobante:	11. Monto:	12. Proveedor:

**INFORMACION DE LA PERSONA FISICA O JURIDICA QUE REALIZO EL PAGO DE LOS COMPROBANTES**

13. Nombre de la persona o razón social (si es diferente a la persona lesionada):	
14. Número de Identificación (si es diferente a la persona lesionada):	
15. Nombre del representante legal (en caso de personas jurídicas):	16. Número Identificación del representante legal:
17. Número de cuenta IBAN, en colones y activa, a nombre de la persona física o jurídica que realizó el pago:	
18. Firma de la persona que realizó el pago:	

**DECLARACIÓN DE LA PERSONA LESIONADA**

Declaro que la información suministrada en este documento es veraz y se puede comprobar en cualquier momento, para lo cual autorizo a los funcionarios que el Instituto Nacional de Seguros (INS) designe para consultar y recopilar toda la información contenida en mis expedientes médicos de cualquier otro centro hospitalario, clínica o consultorio, ya sea privado o perteneciente a la Caja Costarricense del Seguro Social.

Asimismo, que con la firma de este documento doy fe que conozco y acepto la responsabilidad existente por cualquier información suministrada al INS que se compruebe ser falsa, todo de acuerdo con el marco legal costarricense.

19. Fecha de solicitud:	20. Firma de la persona lesionada:
-------------------------	------------------------------------

**SI POR ALGUNA LIMITACIÓN FÍSICA LA PERSONA LESIONADA NO ESTÁ EN LA CAPACIDAD DE ESCRIBIR**

21. Nombre de la persona que completa el formulario:	22. Identificación:
23. Relación con la persona lesionada:	24. Firma de la persona que completa el formulario: