

Estimado (a) cliente: 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. También puede remitir el aviso de accidente o enfermedad por medio del sistema RT Virtual y conocer todos los beneficios que ofrece esta herramienta. <https://rtvirtual.grupoinns.com>

DATOS DE LA PERSONA TRABAJADORA

1. Primer Apellido:	2. Segundo Apellido:	3. Nombre Completo:	4. Número de Identificación:
5. Tipo identificación: ☐ Cédula Nacional ☐ Pasaporte ☐ Documento Único ☐ Indocumentado ☐ Cédula residencia			
6. Fecha nacimiento: Día: Mes: Año:		7. Nacionalidad:	8. Género al nacer: ☐ Masculino ☐ Femenino
9. Estado civil:			
☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Célibe ☐ Divorciado(a) ☐ Unión libre ☐ Viudo(a) ☐ Separación judicial ☐ Otro:			
10. Escolaridad: ☐ Sin escolaridad ☐ Conclusión educación primaria ☐ Conclusión educación secundaria ☐ Bachillerato ☐ Licenciatura ☐ Maestría ☐ Doctorado			
11. Correo electrónico:		12. Teléfono: Celular: Teléfono Domicilio:	
13. Lugar de residencia: Provincia: Cantón: Distrito:			
14. Para el depósito de las prestaciones económicas en caso de declararse una incapacidad temporal o permanente, por favor ingrese la siguiente información:			
Número cuenta IBAN en colones y a nombre de la persona TRABAJADORA (un dígito por espacio): Nombre de la entidad bancaria			
CR			
15. Número de asegurado CCSS:			

DATOS RELACIÓN LABORAL

16. Número de póliza:	17. Nombre de la persona empleadora o empresa:		
18. Lugar exacto donde ejecuta las labores:	19. Correo electrónico del patrono:	20. Teléfono del patrono:	
21. Fecha ingreso de la persona trabajadora a la empresa: Día: Mes: Año:	22. Ocupación:	23. Forma de pago. Mensual considera 30 días, no mensual considera 26 días: ☐ Mensual ☐ No mensual	
24. Días laborados por semana: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7			
25. Información de los salarios brutos y los días efectivamente laborados, de las 3 últimas planillas reportadas antes del accidente ante el INS. De haber diferencias entre un mes y otro superiores al 50% del salario bruto, indicar el monto de la diferencia y a que correspondería, la razón debe ir indicada en el espacio de aclaraciones: (Salario Ordinario, Extraordinario, Escolar - Media jornada - Comisión). Si para algunos de los meses reportados, la persona trabajadora estuvo incapacitada, es necesario indicar y reportar solamente los días laborados y el monto devengado en esos días.			

Período	Año	Salario devengado	Días pagados	Monto de diferencia	Aclaraciones

DATOS DEL ACCIDENTE

26. Fecha accidente: Día: Mes: Año:	27. Hora y minutos del accidente: ☐ am ☐ pm	28. Fecha en la que deja de laborar producto del evento ocurrido: Día: Mes: Año:	29. Horario laboral día accidente (Hora de entrada- salida):
30. Condición de la persona trabajadora: ☐ Vivo ☐ Fallecido ☐ Desaparecido		31. Fecha de defunción o desaparición: Día: Mes: Año:	
32. Dónde Falleció o se presume que desapareció?: ☐ En el lugar del accidente ☐ En otro lugar ¿Dónde?:			
33. Lugar del accidente:			
☐ Puesto de trabajo habitual, dentro o fuera del centro de trabajo (Evento ocurre dentro de las instalaciones del patrono o en vía pública): ☐ Dentro de instalaciones ☐ Vía Pública			
☐ Labores de trabajo no habituales, fuera del centro de trabajo.			
☐ Otro lugar dentro del centro de trabajo:			
☐ En trayecto de la casa al trabajo o viceversa. Si selecciona esta opción responder las siguientes preguntas:			
Ruta habitual utilizada por la persona trabajadora: ☐ Si ☐ No		Indicar si hubo alguna interrupción o desvío y detallar el motivo de esta acción:	
De donde venía: ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Otros:			
Hacia donde se dirigía: ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Otros:			
34. Testigos presenciales del accidente:			

Nombre y apellidos	Correo electrónico	Teléfono

35. Estaba en teletrabajo: ☐ Sí ☐ No

36. Descripción del accidente: Anote en forma amplia y clara lo ocurrido a la persona trabajadora contestando las siguientes indicaciones :
¿Qué actividad o gestión realizaba al momento del accidente?
¿Cómo le ocurrió el accidente? (De dónde venía, para dónde iba, que hacía, que lo provocó),
¿Qué le ocurrió? ¿Se golpeó? ¿Se torció? ¿Tuvo una herida? ¿Realizó un sobreesfuerzo (indicar peso aproximado levantado)? ¿Se cayó desde el mismo nivel o desde otro nivel (indicar la altura aproximada)? entre otros:

37. Forma de accidente

- | | |
|---|--|
| ☐ Caídas de personas | ☐ Esfuerzos excesivos o falsos movimientos (Peso levantado) |
| ☐ Caídas de objetos | ☐ Exposición/contacto con temperaturas extremas |
| ☐ Pisadas, choques o golpes por objetos | ☐ Exposición/contacto corriente eléctrica |
| ☐ Atrapado por un objeto o entre objetos | ☐ Exposición/contacto sustancias nocivas o radiaciones |
| ☐ Otras formas de accidente: | |

38. Agente material:

- ☐ Máquinas ☐ Medio Transporte ☐ Otros aparatos ☐ Materias, sustancias y radiaciones ☐ Ambiente de trabajo ☐ Otros agentes

39. Mecanismo de trauma que ocasiona la lesión:

- ☐ Golpe Directo ☐ Heridas ☐ Sobre esfuerzo ☐ Distorsivo (torcedura) ☐ Otros:

DATOS DE LA ENFERMEDAD

40. ¿Recibió el trabajador(a) primeros auxilios o atención médica en un centro de salud diferente al INS? ☐ Sí ☐ No

41. Estaba en teletrabajo: ☐ Sí ☐ No

42. ¿Qué originó la enfermedad laboral?

43. Fecha aproximada en que inició con los síntomas: Día: Mes: Año:

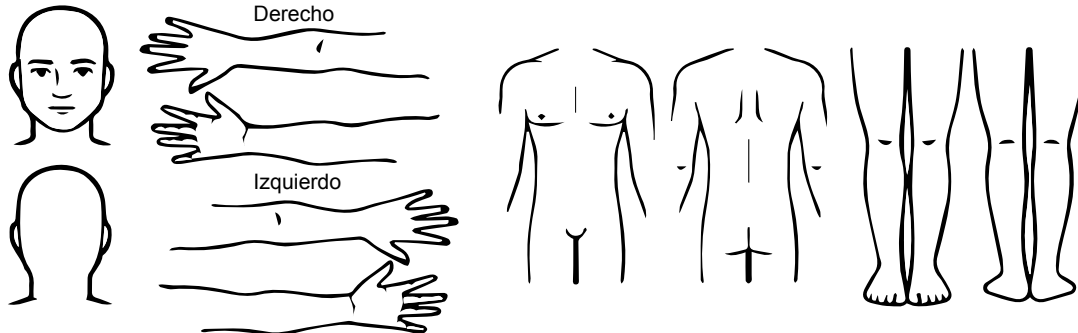
44. Síntomas que presenta el trabajador(a):

45. Fecha en que suspende labores

Día: Mes: Año:

DATOS RELATIVOS A LAS LESIONES

46. Encierre con un círculo el o las áreas del cuerpo que se lesionó el trabajador (a) en el accidente o enfermedad laboral.



47. 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 20 de agosto del 2025.

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 Seguros
- 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 margo legal costarricense.

48. Firma y nombre de la persona tomadora del Seguro o Representante

49. Nombre completo, identificación y puesto del Representante
(solo para personas jurídicas)

Señor 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.ins-cr.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 800-8353-467 o el correo contactenos@grupoins.com