

Solicitud de reconocimiento comprobantes electrónicos.

Seguro Obligatorio de Riesgos Del Trabajo y Seguro Obligatorio Automotor.

INFORMACIÓN PARA EL RECONOCIMIENTO DE COMPROBANTES ELECTRÓNICOS		
1. Nombre de la persona lesionada:		
2. Número de identificación:	3. Número de teléfono:	
4. Correo electrónico:	5. Fecha de accidente:	
6. Tipo de evento: <input type="checkbox"/> Accidente de Trabajo <input type="checkbox"/> Accidente de Tránsito <input type="checkbox"/> Enfermedad Laboral		
7. Justificar porqué la persona lesionada acudió a recibir atención médica en un centro médico privado:		
8. Partes del cuerpo lesionadas (indicar lado correspondiente sea derecho o izquierdo):		
9. Número de comprobante electrónico:	10. Monto:	11. Proveedor:
12. Número de cuenta IBAN:		
13. Banco al que corresponde:		
INFORMACIÓN DE LA PERSONA FÍSICA O JURÍDICA QUE REALIZO EL PAGO DE LOS COMPROBANTES		
14. Nombre de la persona o razón social:		
15. Número de identificación:		
16. Nombre del representante legal (en caso de personas jurídicas):	17. Número de identificación del representante legal:	
18. Número de cuenta IBAN, en colones y activa, a nombre de la persona física o jurídica que realizo el pago:		
19. 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

20. Fecha de solicitud:	21. Firma del paciente:
-------------------------	-------------------------

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

22. Nombre de la persona que completa el formulario:	23. Identificación:
--	---------------------

24. Relación con la persona lesionada:	25. Firma de la persona que completa el formulario:
--	---

REQUISITOS PARA TRAMITAR LA SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO

- En primera instancia, el caso debe estar debidamente aceptado a nivel administrativo y para tal efecto, el departamento de GOSOA procederá con el análisis y resolución de aceptación de este.
- Formulario "Solicitud para reconocimiento de facturas" debidamente cumplimentado y firmado por el paciente.
- Factura electrónica en formato PDF según lo dispuesto por la Dirección General de Tributación.
- Epicrisis y/o certificado médico del centro hospitalario, clínica o consultorio privado donde fue atendido (no es válida la del Instituto Nacional de Seguros, ni la de la Caja Costarricense del Seguro Social) en el que se indique la condición médica del paciente al momento del accidente, las lesiones que presentaba y el tratamiento indicado por el médico tratante.
- En caso de solicitud de reconocimiento por traslado en ambulancia, se puede presentar la bitácora de ambulancia junto a los demás requisitos citados.
- En caso de accidentes ocurridos en el extranjero, la persona interesada deberá gestionar el apostillado ante el consulado, embajada o entidad que corresponda de todos los documentos generados en el país donde ocurrió el siniestro. Si los requisitos vienen en otro idioma distinto al español se debe presentar la respectiva traducción de estos documentos, la cual deberá ser efectuada por traductores oficiales autorizados por el Ministerio de Relaciones Exteriores o mediante el convenio de Apostilla, en un plazo no mayor a los 5 días hábiles a partir de la fecha en que se emitió la autenticación.
- Dicha información se debe remitir al correo buzduaprov@grupoins.com con copia grp_unidad_pago_proveedores_dgeo@grupoins.com.
- En los casos de Riesgos del Trabajo: Si la persona trabajadora, por alguna razón, no acude a la RSS o al CML y recibe atención en un centro médico privado, posteriormente deberá ser valorada por una persona profesional en medicina de la RSS o del CML, con el fin de cumplir con la aceptación médica del caso.

USO EXCLUSIVO DEL INS

26. Caso administrativo:	27. Póliza:
--------------------------	-------------

28. Observaciones:

29. Nombre y firma del funcionario:	30. Sello de recibido:
-------------------------------------	------------------------

