

SEGURO OBLIGATORIO DE RIESGOS DEL TRABAJO CONDICIONES GENERALES

TABLA DE CONTENIDO

CAPÍTULO I BASES DEL CONTRATO DE SEGURO	5
CLÁUSULA 1. ÁMBITO DE APLICACIÓN	5
CLÁUSULA 2. DOCUMENTOS CONTRACTUALES	5
CLÁUSULA 3. OBLIGATORIEDAD DEL SEGURO	5
CLÁUSULA 4. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA	6
CLÁUSULA 5. TÉRMINOS Y DEFINICIONES	6
CAPÍTULO II COBERTURA DEL SEGURO	17
CLÁUSULA 6. ÁMBITO DE COBERTURA DEL SEGURO	17
CLÁUSULA 7. EXCLUSIONES DE LA COBERTURA DEL SEGURO	18
CAPÍTULO III PLAN DE SEGURO	19
CLÁUSULA 8. VIGENCIA DE LA PÓLIZA	19
CLÁUSULA 9. PÓLIZAS DEL TOMADOR DEL SEGURO	19
CLÁUSULA 10. CLASIFICACIÓN DE LAS PÓLIZAS	20
CLÁUSULA 11. PERSONAS ASEGURADAS	23
CAPÍTULO IV OBLIGACIONES DEL TOMADOR DEL SEGURO	24
CLÁUSULA 12. OBLIGACIONES DEL TOMADOR DEL SEGURO	24
CAPÍTULO V CÁLCULO MONTO ASEGURADO	26
CLÁUSULA 13. MONTO ASEGURADO EN PÓLIZAS DE PERÍODO CORTO	26
CLÁUSULA 14. MONTO ASEGURADO EN PÓLIZAS PERMANENTES	27
CAPÍTULO VI TARIFACIÓN DEL SEGURO	30
CLÁUSULA 15. TARIFA DE EMISIÓN	30
CLÁUSULA 16. TARIFA DE REHABILITACIÓN	30
CLÁUSULA 17. TARIFA DE RENOVACIÓN	32
CLÁUSULA 18. RECARGOS Y DESCUENTOS A LA TARIFA	33
CAPÍTULO VII PRIMAS DEL SEGURO	34
CLÁUSULA 19. PRIMA DEL SEGURO	34
CLÁUSULA 20. FRACCIONAMIENTO DE LA PRIMA	34
CLÁUSULA 21. PLAZO PARA EL PAGO DE LA PRIMA	35
CLÁUSULA 22. RECARGOS A LA PRIMA	36
CLÁUSULA 23. DOMICILIO PARA EL PAGO DE LA PRIMA	36
CLÁUSULA 24. DEDUCIBLE	36

CAPÍTULO VIII LIQUIDACIÓN DE LA PÓLIZA	37
CLÁUSULA 25. PROCESO DE LIQUIDACIÓN	37
CLÁUSULA 26. MONTO CONSUMIDO DEL PERÍODO.....	37
CLÁUSULA 27. PRIMA NETA DEL PERÍODO.....	37
CLÁUSULA 28. APLICACIÓN DEL SOBRANTE DE PRIMA	38
CLÁUSULA 29. DEVOLUCIÓN DEL SOBRANTE DE LIQUIDACIÓN	38
CLÁUSULA 30. DEVENGO DE LA PRIMA.....	39
CAPÍTULO IX REGISTRO DE TRABAJADORES	40
CLÁUSULA 31. SISTEMA RT-VIRTUAL	40
CLÁUSULA 32. ASEGURAMIENTO DE NUEVOS TRABAJADORES	40
CLÁUSULA 33. CALENDARIO ANUAL DE PLANILLAS	40
CLÁUSULA 34. DECLARACIÓN PERIÓDICA DE PLANILLAS	41
CLÁUSULA 35. PROCEDIMIENTO EN CASO DE NO RECIBIRSE LA PLANILLA	42
CLÁUSULA 36. PLAZO PARA LA EXCLUSIÓN DE ASEGURADOS	42
CLÁUSULA 37. PLAZO PARA CORREGIR O ANULAR LA PLANILLA	42
CAPÍTULO X DISPOSICIONES SOBRE INDEMNIZACIONES	43
CLÁUSULA 38. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO	43
CLÁUSULA 39. PLAZO PARA DENUNCIAR EL SINIESTRO	43
CLÁUSULA 40. DETERMINACIÓN DE CASOS NO ASEGURADOS.....	43
CLÁUSULA 41. DISPOSICIONES SOBRE CASOS NO ASEGURADOS	44
CLÁUSULA 42. DETERMINACIÓN DE CASOS NO AMPARADOS.....	45
CLÁUSULA 43. DISPOSICIONES SOBRE CASOS NO AMPARADOS	45
CAPÍTULO XI SUMINISTRO DE PRESTACIONES	46
CLÁUSULA 44. SUMINISTRO DE PRESTACIONES	46
CLÁUSULA 45. PRESTACIONES MÉDICAS	46
CLÁUSULA 46. PRESTACIONES EN DINERO.....	47
CLÁUSULA 47. INCAPACIDAD TEMPORAL	47
CLÁUSULA 48. INCAPACIDAD PERMANENTE	52
CLÁUSULA 49. MUERTE DEL TRABAJADOR	53
CLÁUSULA 50. DESAPARICIÓN DEL TRABAJADOR.....	54
CLÁUSULA 51. RECONOCIMIENTO DE GASTOS	54
CLÁUSULA 52. PÉRDIDA DE BENEFICIOS DE LOS ASEGURADOS	56
CLÁUSULA 53. PLAZO PARA SOLICITAR LAS PRESTACIONES.....	56
CAPÍTULO XII PAGO DE PRESTACIONES EN DINERO.....	57
CLÁUSULA 54. DECLINACIÓN Y APELACIÓN DE INDEMNIZACIONES.....	57
CLÁUSULA 55. COBRO AJUSTE DE PRESTACIONES EN DINERO	57
CLÁUSULA 56. PLAZO DE RESOLUCIÓN DE INDEMNIZACIONES	58
CLÁUSULA 57. PRESCRIPCIÓN	58
CAPÍTULO XIII BENEFICIARIOS	59
CLÁUSULA 58. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS	59
CAPÍTULO XIV MODIFICACIONES AL CONTRATO DE SEGURO	61



CLÁUSULA 59.	MODIFICACIONES EN LA PÓLIZA	61
CLÁUSULA 60.	FUSIÓN DE DOS O MÁS PÓLIZAS	61
CLÁUSULA 61.	MODIFICACIÓN DEL MONTO ASEGURADO	61
CLÁUSULA 62.	CAMBIO EN LA FORMA DE PAGO	62
CLÁUSULA 63.	MODIFICACIÓN DE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA	62
CLÁUSULA 64.	EXTENSIÓN DE VIGENCIA EN PÓLIZAS DE PERIODO CORTO.....	63
CLÁUSULA 65.	MODIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA.....	64
CLÁUSULA 66.	SUSPENSIÓN TEMPORAL DE LOS TRABAJOS.....	64
CLÁUSULA 67.	REACTIVACIÓN DEL SEGURO.....	65
CLÁUSULA 68.	OTRAS MODIFICACIONES AL CONTRATO DE SEGURO.....	65
CAPÍTULO XV PROGRAMAS DE BENEFICIOS E INCENTIVOS.....		66
CLÁUSULA 69.	PARTICIPACIÓN EN PROGRAMAS DE BENEFICIOS	66
CLÁUSULA 70.	CONDICIONES PARA LA PARTICIPACIÓN EN PROGRAMAS DE BENEFICIOS	67
CLÁUSULA 71.	PARTICIPACIÓN EN PROGRAMAS DE INCENTIVOS	67
CLÁUSULA 72.	CONDICIONES PARA LA PARTICIPACIÓN EN PROGRAMAS DE INCENTIVOS.....	69
CLÁUSULA 73.	EXCLUSIONES PARA LA PARTICIPACIÓN EN LOS PROGRAMAS DE BENEFICIOS E INCENTIVOS	70
CLÁUSULA 74.	TERMINACIÓN DE PARTICIPACIÓN EN PROGRAMAS DE BENEFICIOS E INCENTIVOS	70
CAPÍTULO XVI TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO		71
CLÁUSULA 75.	CAUSAS PARA LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO	71
CLÁUSULA 76.	DERECHO DE INFORMAR A TERCEROS.....	73
CAPÍTULO XVII OTRAS CONDICIONES DEL CONTRATO DE SEGURO.....		74
CLÁUSULA 77.	ACCIÓN SUBROGATORIA	74
CLÁUSULA 78.	CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN	74
CLÁUSULA 79.	DECLARACIONES.....	74
CLÁUSULA 80.	CUSTODIA DE LA INFORMACIÓN.....	75
CLÁUSULA 81.	RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.....	75
CLÁUSULA 82.	LEGISLACIÓN APLICABLE	75
CLÁUSULA 83.	NOTIFICACIONES	75
CLÁUSULA 84.	LEYENDA DE REGISTRO.....	76

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA

El **INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS**, cédula jurídica número 400000-1902-22, compañía de seguros domiciliada en Costa Rica, denominado en adelante el **INS**, expide la presente póliza de acuerdo con las Condiciones Generales, Especiales y Particulares que a continuación se estipulan, con base en las declaraciones hechas por el **Tomador del seguro** en la solicitud que origina este contrato de seguro y cualquier declaración necesaria para la emisión y el pago de la prima estipulada, que formarán parte integrante de este contrato de seguro.

Es convenido que esta póliza puede ser contratada por cuenta propia o por cuenta de un tercero, y se emite en consideración a las declaraciones hechas por el Tomador del seguro en la Solicitud del seguro, la Solicitud de inclusión de proyecto de construcción si la hubiere y cualquier otra declaración necesaria para la emisión y el pago de la prima estipulada.

No tendrá validez ningún cambio, alteración o traspaso de los términos del seguro que se consignan en el recibo-póliza, sin el consentimiento del INS.

INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

José Arévalo Ascensio
Gerente General a.i.
Cédula jurídica 4-000-001902

CAPÍTULO I

BASES DEL CONTRATO DE SEGURO

Cláusula 1. Ámbito de aplicación

Esta póliza se emite considerando las declaraciones hechas por el Tomador del seguro en la “Solicitud del seguro”, “Solicitud de rehabilitación” y cualquier otra declaración necesaria para la emisión, rehabilitación y el pago de la prima estipulada.

Cláusula 2. Documentos contractuales

Constituyen esta póliza: la Solicitud del seguro, la Solicitud de rehabilitación, las Condiciones Particulares, Especiales y Generales, la Norma Técnica del Seguro Obligatorio de Riesgos del Trabajo, así como las adendas; las cuales son los únicos documentos contractuales válidos para establecer los derechos y obligaciones del Tomador del seguro y el INS.

La prioridad de aplicación de las normas relacionadas con este seguro es:

- Condiciones Particulares
- Condiciones Especiales
- Condiciones Generales
- Norma Técnica del Seguro Obligatorio de Riesgos del Trabajo
- Reglamento General de los Riesgos del Trabajo
- Título IV del Código de Trabajo

Cláusula 3. Obligatoriedad del seguro

Todo patrono tiene la obligación de suscribir y mantener vigente el Seguro Obligatorio de Riesgos del Trabajo, para brindar protección a sus trabajadores ante accidentes y enfermedades de trabajo, conforme a las regulaciones establecidas en el Título IV del Código de Trabajo, su reglamento y la Norma Técnica del Seguro Obligatorio de Riesgos del Trabajo.

Cláusula 4. Rectificación de la póliza

Si el contenido de la póliza difiere de la solicitud o propuesta de seguro, prevalecerá la póliza; no obstante, el Tomador del seguro tendrá un plazo de 30 días naturales a partir de la entrega de la póliza, para solicitar la rectificación de las cláusulas respectivas. En este caso, las cláusulas sobre las que no se ha solicitado rectificación serán válidas y eficaces desde la fecha de emisión de la póliza.

Transcurrido el plazo a que se refiere el párrafo anterior, caducará el derecho del Tomador del seguro de solicitar la rectificación de la póliza.

Cláusula 5. Términos y definiciones

Los términos, palabras y frases que se indican a continuación, están definidos tal como deben entenderse o ser usados en esta póliza:

A

Accidente de trabajo Se calificará como accidente de trabajo el que ocurra al trabajador en las circunstancias que se detallan en los artículos 195 y 196 del Código de Trabajo.

Acción subrogatoria Derechos, acciones y privilegios que, conforme con el artículo 306 del Código de Trabajo, tiene el INS a efecto de recuperar del tercero responsable de un riesgo del trabajo, los gastos que por ese siniestro haya efectuado producto del otorgamiento de las prestaciones del Régimen de Riesgos del Trabajo contempladas en los artículos 218 y 219 del citado código.

Actividad económica Se refiere a la actividad económica a la que se dedica la persona física o jurídica, catalogada conforme a la Clasificación de Actividades Económicas de Costa Rica (CAECR), publicada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), vigente al momento de la emisión, rehabilitación o estudio de experiencia de la póliza.

Actividad Término al que hace mención la actividad ejecutada o desarrollada con



lucrativa	el objeto de obtener ganancia, lucro o provecho.
Actividades de mantenimiento	Se refiere a las labores para corregir o reparar averías. También se consideran actividades tales como: jardinería, fontanería, pintura, mantenimiento de piscinas, u otras operaciones y cuidados necesarios, que se realizan en la casa de habitación, lote o terreno del Tomador del seguro, para la conservación y buen funcionamiento del inmueble.
Actividades de servicios	Son aquellas labores relacionadas con servicios personales (por ejemplo: peluquería, manicura, pedicura, masajes), lavado de vehículos, limpieza de muebles, peluquería de mascotas, lavado de alfombras, entre otros.
Actividades domésticas	Son aquellas labores propias del hogar que se realizan en forma habitual y continua tales como: aseo, cocina, lavado, planchado, cuidado de niños, cuidado de animales, conductores, guardas, entre otros, que no importen lucro o negocio para el Tomador del seguro.
Adenda	Documento físico y/o digital que se adiciona a la póliza para agregar, aclarar, eliminar o modificar las Condiciones Generales y Particulares. Forma parte integrante del contrato de seguro.
Asegurado	Es la persona física que en el ejercicio de su trabajo o actividad económica, está expuesta al riesgo asegurado, y ha sido debidamente reportado conforme a las condiciones pactadas en el contrato de seguro. Es titular del interés objeto del seguro y que, en defecto del tomador, asume los derechos y las obligaciones derivadas del contrato.
Aumento de seguro	Proceso mediante el cual se incrementa el monto asegurado proyectado, por cuanto éste es insuficiente para cubrir el período de vigencia de la póliza.
Aviso de accidente o enfermedad de trabajo y orden de atención médica	Es el formulario mediante el cual el Tomador del seguro informa al INS sobre la ocurrencia de un riesgo del trabajo. Este formulario se debe completar y procesar por medio del sistema RT-Virtual, o mediante el formulario físico dispuesto por el INS para este fin.



B

Beneficiario Es la persona física en cuyo favor se ha establecido lícitamente la indemnización o prestación a la que se obliga el asegurador, de acuerdo con los artículos 218, 219 y 243 del Código de Trabajo.

C

Caso Se denomina así al siniestro reportado ante el INS mediante el formulario “Aviso de accidente o enfermedad y orden de atención médica”.

Caso no amparado Es aquel accidente o enfermedad reportados por el Tomador del seguro como riesgo de trabajo, pero que durante el trámite del reclamo o la atención médica, el INS determina que no corresponde a un riesgo de trabajo y la atención debe ser asumida por otro Régimen.

Caso no asegurado Es aquel accidente o enfermedad de trabajo reportados al INS, pero que durante el trámite del caso se halló un incumplimiento del Tomador del seguro con relación a la obligación de asegurar a sus trabajadores de conformidad con lo dispuesto en el artículo 216 del Código de Trabajo y en los capítulos IX y X de este Condicionado.

Centros de Formación para la Empleabilidad

Alianzas público-privadas o iniciativas privadas que complementan la EFTP dual, con el fin de garantizar el acceso e inclusión de todas las personas que demanden esa formación. Son complementarios y no sustituyen a las empresas; serán desarrollados en aquellas zonas donde las empresas no cuenten con todos los procesos productivos que contemple el programa de formación de EFTP dual.

Condiciones Especiales Normas de carácter especial que en ocasiones se incluyen en la póliza para ampliar algún tema contenido en la Norma Técnica o en las Condiciones Generales.

Condiciones Generales Conjunto de normas básicas que establece el INS para regular el contrato de seguros.

Condiciones Particulares Conjunto de normas aplicables a una póliza en concreto establecidas por el INS como condición para otorgar la cobertura del seguro.



Las condiciones particulares tienen prelación sobre cualquier condición general establecida en el contrato de seguro.

Contratista Es toda persona física o jurídica que contrata los servicios de otra u otras personas físicas o jurídicas, para que ejecuten un trabajo en beneficio de un tercero.

Contrato de seguro Se trata de la póliza adquirida y consta de un grupo de documentos (físicos o digitales) constituido por: la “Solicitud del seguro”, las Condiciones Generales, Particulares y Especiales, la Norma Técnica, las adendas que se agreguen al contrato de seguro y cualquier declaración del Tomador del seguro relativa al riesgo.

Contrato de trabajo Es aquel en que se obliga a una persona prestar a otra sus servicios o ejecutarle una obra, en los términos señalados en el artículo 18 del Código de Trabajo.

Convenio de educación o formación en la modalidad dual Es el acto jurídico formalizado mediante documento escrito o electrónico, que establece la relación entre la institución educativa pública o privada, la empresa y el estudiante de los programas de educación y formación técnica dual (EFTP), a efectos de regular las obligaciones y responsabilidades de todas las partes en el proceso de educación o formación profesional-técnica en la modalidad dual.

D

Declaración de obras de construcción Es el formulario que presenta el Tomador del seguro, en su condición de contratista o subcontratista, a efecto de declarar ante el INS la información relacionada con el proyecto a desarrollar y que es objeto de aseguramiento.

E

Educación y formación técnico profesional (EFTP) Parte de la educación que se ocupa de impartir conocimientos y destrezas o capacidades para el mundo del trabajo.

Emergencia calificada Se refiere a la condición médica en donde pelagra la vida o funcionalidad de alguna estructura u órgano del cuerpo humano, por lo que requiere



una atención médica inmediata.

Emisión de la póliza Es el proceso mediante el cual se adquiere una póliza del Seguro Obligatorio de Riesgos del Trabajo.

Enfermedad del trabajo Se calificará como enfermedad del trabajo la que le ocurra al trabajador en las circunstancias que se detallan en el artículo 197 del Código de Trabajo.

Estudio de experiencia Ponderación que realiza el INS al finalizar el período de la póliza, entre las primas netas y los siniestros totales, para obtener un parámetro que se utilizará para bonificar o recargar la tarifa en la siguiente renovación o rehabilitación de la póliza.

Extensión de vigencia Procedimiento efectuado por el INS, cuando el Tomador del seguro ha suscrito una póliza de período corto de la cual requiere extender la vigencia original del contrato de seguro.

I

Incapacidad Pérdida o disminución de facultades o aptitudes, que imposibilitan al trabajador a desempeñar su trabajo, en forma temporal o permanente.

Indemnización Suma que se paga al trabajador y/o a sus beneficiarios para resarcir un daño originado en un riesgo de trabajo.

INS-En línea Es la sección transaccional del sitio web del INS que ofrece información de todos los seguros.

INS Siglas de Instituto Nacional de Seguros.

L

Lesionado Es toda persona física que sufre un accidente o una enfermedad de trabajo en los términos previstos en los artículos 195, 196 y 197 del Código de Trabajo, según corresponda.

Liquidación de póliza Proceso que realiza el INS al finalizar cada período de vigencia de la póliza, tomando como base el monto asegurado y el monto consumido, para determinar los sobrantes o faltantes de prima en dicho período.

M

Manual tarifario Es el documento que contiene las tarifas vigentes por actividad económica definidas en el CAECR, y autorizadas por la Superintendencia General de Seguros (SUGESE).

Modalidad de aseguramiento Clasificación de las pólizas según sus características, tales como: Tipo de persona que suscribe el seguro, actividad económica y temporalidad.

Modalidad dual Estrategia de EFTP con procesos de enseñanza aprendizaje que favorecen el aprender haciendo, compartiendo beneficios y responsabilidades y en tiempos de alternancia entre la empresa formadora o el centro educativo que proporciona ambientes reales de aprendizaje y el centro educativo que forma en ambientes sistematizados, con el fin de dotar a la persona estudiante de las competencias requeridas por el sector empleador y aquellas que potencien su desarrollo personal y profesional, así como su integración a la sociedad.

Monto asegurado Es el valor referencial que se utiliza, junto con la tarifa, para establecer la prima provisional del seguro. Se determina con base en la estimación de salarios a pagar, los salarios devengados por los trabajadores o la producción estimada, declarados por el Tomador del seguro en los formularios: "Solicitud de seguro", "Solicitud de rehabilitación", "Declaración de obras de construcción" y "Planilla", durante el período de vigencia de la póliza.

Monto consumido Es el valor referencial que se utiliza, junto con la tarifa, para establecer la prima de liquidación en un determinado período de vigencia de la póliza. Se obtiene de la sumatoria de los salarios registrados en las planillas o la producción real entregada (en actividad agrícola), reportados por el Tomador del seguro durante un determinado período de vigencia de la póliza.

N

Norma Técnica Se refiere a la Norma Técnica del Seguro Obligatorio de Riesgos del Trabajo del INS, cuyo contenido se fundamenta en el artículo 205 del Código de Trabajo.

P

Patrono Es toda persona física o jurídica, que emplea los servicios de otra o más personas, en virtud de un contrato de trabajo, en los términos señalados en el artículo 2 del Código de Trabajo, utilizando su propio capital.

Planilla Es el formulario mediante el cual el Tomador del seguro actualiza al vencimiento de cada período de planilla, la información de los trabajadores asegurados. Este formulario se debe completar por medio del sistema RT-Virtual u otro medio que expresamente defina el INS.

Planilla de emisión Se refiere a la información de los trabajadores reportados en el formulario “Solicitud del seguro”, al momento de la emisión de la póliza.

Planilla de rehabilitación Se refiere a la información de los trabajadores reportados en el formulario “Solicitud del seguro”, al momento de la rehabilitación de la póliza.

Planilla sustituida Es la planilla que se registra de forma automática ante el incumplimiento del tomador de seguro de efectuar el reporte en el plazo de 10 días hábiles establecido en la cláusula 34 de este condicionado. Para esos efectos se toma como referencia los datos del último reporte de planillas que registra la póliza y se consideran todos los tipos de planillas declarados por la persona tomadora del seguro.

En caso de no existir reporte de trabajadores, el INS tomará de oficio el monto asegurado la planilla con la cual se calculó la emisión o rehabilitación más los ajustes que se hayan presentado durante el periodo de vigencia de la póliza para sustituir la no presentación.

Póliza Se refiere al contrato de seguro.

Pólizas sector privado Grupo de pólizas suscritas en cualquiera de las siguientes modalidades de aseguramiento: RT-Adolescente, RT-Agrícola, RT-Construcción, RT-Cosechas, RT-Especial Formación Técnica Dual, RT-General, RT-Hogar o RT-Ocasional.



Pólizas sector público Grupo de pólizas suscritas en la modalidad de aseguramiento RT-Sector público.

Prima del seguro Es el monto provisional o definitivo que estima el INS al inicio de cada período de vigencia de la póliza, como contraprestación por la cobertura de Riesgos de Trabajo que el INS asume, tomando como base el monto asegurado y la tarifa de emisión, rehabilitación o renovación, según corresponda.

Prima neta Se refiere a la prima precisa y exacta que fue necesaria para cubrir el monto consumido del período y que se determina mediante el proceso de liquidación de póliza.

Prima totalmente devengada (PTD) Se determina prima totalmente devengada aquellas liquidaciones cuyo resultado es menor o igual al costo mínimo de emisión y administración de la póliza fijado por el INS o bien, cuando se trata de pólizas que no son liquidables, según lo dispuesto en las cláusulas 19 y 30 de este Condicionado.

Puntos por experiencia Puntos a descontar o recargar en la tarifa de renovación o rehabilitación de la póliza, por concepto de la experiencia siniestral acumulada

R

Rehabilitación de la póliza Es el proceso mediante el cual se reactiva una póliza que se encontraba sin vigencia por falta de pago o por solicitud del patrono.

Renovación de la póliza Es el proceso automático mediante el cual el INS renueva a su vencimiento el contrato de seguro de las pólizas permanentes por un año completo.

Renta Compensación monetaria periódica que se fija en favor de un trabajador o beneficiario, producto de un riesgo de trabajo.

Riesgo del trabajo Se calificará como un riesgo del trabajo a lo que le ocurra al trabajador en las circunstancias que se detallan en el artículo 195 del Código de Trabajo.

RT Siglas de Riesgos del Trabajo.

RT-Virtual Es el sistema informático del Seguro Obligatorio de Riesgos del Trabajo, disponible en la página web del INS, por medio del cual el Tomador del seguro o las personas autorizadas por éste, pueden realizar consultas y trámites relacionados con su póliza.

S

Salario Se refiere a la remuneración que el patrono debe pagar al trabajador, en virtud del contrato de trabajo.

Salario Anual Máximo Es el salario sobre el cual se aplica el 100% para efectos del cálculo de la renta por incapacidad total permanente o gran invalidez, en los términos de los artículos 240 y 241 del Código de Trabajo. Equivale a la renta mínima anualizada que haya sido aprobada por la Junta Directiva del INS para estos tipos de incapacidad y que esté vigente al momento de la fijación de la renta.

Seguro Obligatorio de Riesgos del Trabajo Es un instrumento de la seguridad social costarricense, que tiene por objeto garantizar el otorgamiento de las prestaciones en dinero, médico-sanitarias y de rehabilitación, a los trabajadores que sufren un riesgo de trabajo.

Siniestralidad Se refiere a la sumatoria de los costos que se hayan generado durante un período, por concepto de las prestaciones del Régimen de Riesgos del Trabajo contempladas en los artículos 218 y 219 del Código de Trabajo.

Siniestro Accidente de trabajo o enfermedad del trabajo.

Solicitud de seguro Es el formulario que presenta el Tomador del seguro a efecto de declarar al INS la información requerida para la suscripción del seguro.

Subsidio salarial Es una suma en dinero que se otorga durante el período de incapacidad temporal al trabajador que ha sufrido un riesgo de trabajo.

T



Tarifa	Se refiere a la tasa porcentual que se aplica sobre el monto asegurado para determinar la prima del seguro.
Tarifa de emisión	Se refiere a la tarifa de la actividad económica asegurada que se define al momento de la emisión de la póliza, de acuerdo con el manual tarifario vigente, adicionando los descuentos y recargos correspondientes.
Tarifa de rehabilitación	Se refiere a la tarifa que se aplica al período de rehabilitación de la póliza como resultado de la reactivación del contrato de seguro que estuvo sin vigencia.
Tarifa de renovación	Se refiere a la tarifa que se aplica a un período anual de la póliza, como resultado del estudio de experiencia en el proceso de renovación automática del contrato de seguro.
Tarifa mínima	Se refiere a la tarifa de la actividad económica asegurada conforme al manual tarifario vigente al momento de la suscripción, rehabilitación o estudio de experiencia de la póliza, adicionando los recargos o descuentos por fraccionamiento de la prima y modalidad de aseguramiento.
Tarifa vigente	Se refiere a la tarifa que se aplica al último período de vigencia de la póliza previo al período de renovación que se trate.
Temporalidad	Clasificación de las pólizas según su período de vigencia en permanentes y período corto.
Tercero responsable	Es toda persona responsable de un riesgo del trabajo, con exclusión del patrono, sus representantes en la dirección del trabajo o los trabajadores de él dependientes.
Tomador del seguro	Es la persona física o jurídica que, por cuenta propia o ajena, contrata el seguro y traslada los riesgos al asegurador, de conformidad con las condiciones establecidas para cada modalidad de seguro habilitada en esta Norma. Es a quien corresponden las obligaciones que se deriven del contrato, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por la persona asegurada. Puede concurrir en el tomador la figura de persona asegurada y beneficiaria del seguro.



Trabajador Es toda persona física que presta a otra u otras sus servicios en los términos señalados en el artículo 4 del Código de Trabajo.

Trabajo independiente o por cuenta propia Se refiere a todas aquellas actividades económicas para la producción de un bien o servicio, que ejecuta una persona directamente sin que medie relación obrero-patronal.



CAPÍTULO II

COBERTURA DEL SEGURO

Cláusula 6. **Ámbito de cobertura del seguro**

1. Territorio nacional

Esta póliza ampara los riesgos del trabajo que ocurran dentro del territorio costarricense, el cual comprende, además del natural o geográfico, el mar territorial, el espacio aéreo que los cubre y la plataforma continental.

2. Extraterritorialidad

El INS extenderá sin costo adicional la cobertura de la póliza fuera del territorio costarricense, cuando se trata de empresas o actividades que, por su índole, deban realizarse ocasional o permanentemente, fuera del ámbito geográfico de la República de Costa Rica.

No será necesario presentar ningún reporte previo al viaje, pero ante la ocurrencia de un accidente en estas circunstancias, el trabajador podrá asistir al centro médico de emergencia más cercano y el Tomador del seguro, deberá reportar el siniestro mediante el formulario “Aviso de accidente o enfermedad de trabajo y orden de atención médica”, e incluir toda la información de lo acontecido.

Esta cobertura opera bajo la modalidad de reintegro para los gastos incurridos en el extranjero, y para el reconocimiento de las facturas se deberán presentar:

- Certificado del médico tratante donde se indique el diagnóstico, evolución del padecimiento y tratamiento efectuado, el cual será analizado por el INS para su validación.
- Facturas electrónicas u originales timbradas y en buen estado, y los comprobantes de pago en los cuales se detallen los gastos.
- En caso de que la documentación de respaldo del reclamo esté en un idioma distinto al español, se debe aportar la respectiva traducción, misma que deberá ser efectuada por traductores oficiales autorizados por el Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto.



3. Actividades recreativas, deportivas, sostenibilidad y responsabilidad social

El INS extenderá sin costo adicional la cobertura de la póliza para las actividades recreativas, deportivas, de sostenibilidad y de responsabilidad social empresarial organizadas por el Tomador del seguro, en las que éste establezca el horario, el lugar, la vestimenta y las acciones a ejecutar, independientemente que las actividades sean o no dentro del horario ordinario y lugar de trabajo.

No será necesario comunicar por anticipado al INS sobre la realización de este tipo de actividades; pero ante la ocurrencia de un siniestro en estas circunstancias, el Tomador del seguro que avale el uso de póliza para estos eventos, podrá reportarlo mediante el formulario “Aviso de accidente o enfermedad de trabajo y orden de atención médica”, incluyendo todos los detalles de la actividad de forma que le permitan al INS corroborar que la misma contaba con el aval respectivo y que se enmarcaba en lo dispuesto en el párrafo anterior.

4. Teletrabajo

El INS extenderá sin costo adicional la cobertura de la póliza al Tomador del seguro que implemente la modalidad de teletrabajo siempre y cuando este establezca los días, el horario y lugar de los trabajos, garantice las condiciones ambientales, físicas y ergonómicas adecuadas para los trabajadores y establezca las medidas preventivas y correctivas necesarias en materia de Salud Ocupacional conforme los artículos 214 inciso d) y 282 del Código de Trabajo.

No será necesario remitir al INS un listado de los trabajadores que laboran bajo esta modalidad; pero ante la ocurrencia de un siniestro en estas circunstancias, el Tomador del seguro deberá indicarlo en el formulario “Aviso de accidente o enfermedad de trabajo y orden de atención médica”.

El INS facultado por los artículos 214 inciso c), 268, 284 y 289 del citado Código, podrá ejercer inspecciones e investigaciones de las condiciones de Salud Ocupacional de los trabajadores en la modalidad de Teletrabajo.

Cláusula 7. Exclusiones de la cobertura del seguro

Se excluyen de la cobertura de esta póliza los riesgos del trabajo que se produzcan en las circunstancias señaladas en el artículo 199 del Código de Trabajo.

CAPÍTULO III

PLAN DE SEGURO

Cláusula 8. Vigencia de la póliza

Para las pólizas permanentes la vigencia se establece por un año, que iniciará en la fecha indicada en las Condiciones Particulares y terminará el día de la fecha del aniversario siguiente, renovándose automática e indefinidamente por periodos anuales.

Respecto a las pólizas de período corto la vigencia será menor a un año, la cual iniciará y terminará en las fechas indicadas en las Condiciones Particulares de la póliza.

Por tanto, si el patrono no tuviera asegurado al trabajador contra los riesgos del trabajo, el pago de todas las prestaciones señaladas en el Código de Trabajo que el INS haya suministrado al trabajador o a sus beneficiarios, estarán a cargo del patrono.

Cláusula 9. Pólizas del Tomador del seguro

Solo se permitirá una póliza por Tomador del seguro por actividad económica, de tal forma que se lleve un histórico de la experiencia de cada contrato de seguro, según lo definido en la Norma Técnica respecto al estudio de experiencia.

Cuando el Tomador del seguro posea una póliza con la misma actividad económica para la cual está solicitando un nuevo seguro, se procederá como se indica a continuación:

- Si el Tomador del seguro posee una póliza vigente, se incluirán los trabajadores como nuevos asegurados en la póliza existente, y se hará el ajuste correspondiente en el monto asegurado y la prima, registrándolo como un aumento de seguro.
- Si el Tomador del seguro posee una póliza sin vigencia, ésta se rehabilitará de la forma que se indica en los capítulos V y VI de este Condicionado.

Cláusula 10. Clasificación de las pólizas

Las pólizas se clasifican según sus características en las siguientes modalidades de aseguramiento:

1. RT-Adolescente

Son pólizas permanentes adquiridas por personas físicas entre 15 años y menores de 18 años de edad, en su condición de trabajador independiente, en estricto apego a lo dispuesto en los artículos 86, 92 y 100 de la Ley 7739 "Código de la Niñez y la Adolescencia" y en el Decreto No. 28192-MTSS "Reglamento al seguro por riesgos del trabajo para trabajo Independiente y por cuenta propia realizado por personas adolescentes".

En esta modalidad el aseguramiento es voluntario, el único asegurado es el Tomador del seguro y, además el INS brindará un aporte del 25% de la prima de conformidad con lo dispuesto en el artículo 4 del citado Reglamento.

Una vez que el asegurado cumple la mayoría de edad, la póliza se migrará a la modalidad de RT General con el ajuste tarifario correspondiente.

2. RT-Agrícola

Son pólizas permanentes adquiridas por personas físicas o jurídicas en su condición de micro y pequeños productores de fincas agrícolas, para asegurar tanto a los trabajadores como al patrono (máximo 10 personas), en las actividades de mantenimiento y de recolección de cosechas en esas fincas.

3. RT-Construcción

Son pólizas de período corto adquiridas por personas físicas o jurídicas que en su condición de patronos no se dedican en forma permanente a la actividad de construcción, para asegurar únicamente a los trabajadores que efectúan labores de construcción en la propiedad del Tomador del seguro.

La estimación de los salarios a pagar es definida con base en los porcentajes contemplados en la tabla 1 Porcentajes para estimar el monto asegurado en la actividad de construcción de las Condiciones



Especiales, por lo que el Tomador del seguro está exonerado de la presentación del formulario “Declaración de obras de construcción”.

4. RT-Cosechas

Son pólizas de período corto adquiridas por personas físicas o jurídicas en su condición de patronos, para asegurar tanto a los trabajadores como al patrono en la actividad de recolección de cosechas, cuyas labores se realizan por períodos o épocas específicas del año.

5. RT-Espec. Formación Técnica Dual

Son pólizas permanentes o de período corto, adquiridas por empresas o centros de formación para la empleabilidad, que forman parte del convenio de educación o formación en la modalidad dual, sin que medie una relación laboral; para asegurar a los estudiantes que participan en estos programas de educación

6. RT-General

Son pólizas permanentes o de período corto, adquiridas por personas físicas o jurídicas en su condición de patronos, para asegurar tanto a los trabajadores como al patrono.

7. RT-Hogar

Son pólizas permanentes adquiridas por personas físicas o jurídicas en su condición de patronos, para asegurar a los trabajadores que contrate de forma permanente y ocasional, para realizar actividades domésticas, de servicios o de mantenimiento en las casas de habitación declaradas por el Tomador del seguro.

En el caso de los trabajadores ocasionales, esta póliza cubre un máximo de 5 días al mes, por lo que la sumatoria de los días laborados durante el mes por todos ellos, no puede exceder los 5 días. Las opciones para su aseguramiento son:

Opción 1	Opción 2	Opción 3
• Un trabajador permanente. • Uno o más trabajadores ocasionales.	• Dos trabajadores permanentes. • Uno o más trabajadores ocasionales.	• Tres o más trabajadores permanentes. • Uno o más trabajadores ocasionales.

Se excluyen de este producto las labores relacionadas con:

- Contratación temporal o permanente de servicios de Limpieza, en cualquier otra actividad económica distinta al servicio doméstico.
- Trabajos afines a las actividades de construcción que impliquen: creación, eliminación, modificación estructural o movimientos de tierra.
- Cualquier otra actividad lucrativa.

8. RT-Ocasional

Son pólizas permanentes adquiridas por personas físicas o jurídicas en su condición de patronos, para asegurar a los trabajadores que contrate ocasionalmente para realizar actividades de mantenimiento o de servicios en las casas, lote o terreno declaradas Tomador del seguro.

Esta póliza cubre un máximo de 5 días al mes, por lo que la sumatoria de los días laborados durante el mes por todos los trabajadores, no puede exceder los 5 días.

Se excluyen de este producto las labores relacionadas con:

- Actividades domésticas.
- Actividades de agricultura.
- Trabajos afines a las actividades de construcción que impliquen: creación, eliminación, modificación estructural o movimientos de tierra.
- Cualquier otra actividad lucrativa.

9. RT-Sector Público

Son pólizas permanentes adquiridas por personas jurídicas, a nombre del Estado, municipalidades e instituciones públicas, se rigen según lo dispuesto en el artículo 331 del Código de Trabajo.

RT Sector Público Especial – Envenenamiento por mordeduras de serpiente

Es una póliza que se emite para brindar protección a trabajadores agrícolas independientes que resulten lesionados por mordeduras de serpiente y que no gozan del seguro de riesgos del trabajo. Se emite con cargo al Consejo de Salud Ocupacional, de conformidad con el contenido del artículo 194 bis del Código de Trabajo.

Cláusula 11. Personas aseguradas

Para los efectos de esta póliza, se consideran asegurados los trabajadores nacionales y extranjeros, aprendices y otras personas semejantes, aunque en razón de su falta de pericia no reciban salario, reportados en la última planilla registrada en la póliza.

Además, podrán ser asegurados al amparo de esta póliza, los trabajadores a quienes en oportunidad precedente se les haya fijado algún tipo de incapacidad permanente, como consecuencia de un infortunio laboral.

CAPÍTULO IV

OBLIGACIONES DEL TOMADOR DEL SEGURO

Cláusula 12. Obligaciones del Tomador del seguro

El Tomador del seguro queda obligado a:

- Indagar todos los detalles, circunstancias y testimonios, referentes a los riesgos del trabajo que ocurran a sus trabajadores, a efecto de que sean contemplados en el “Aviso de accidente o enfermedad de trabajo y orden de atención médica”, en la información concerniente a la descripción del accidente.
- Denunciar al INS todo riesgo del trabajo que ocurra, dentro de los 8 días hábiles siguientes a su acaecimiento. La denuncia extemporánea originará responsabilidad del patrono ante el INS, la cual será exigible por la vía ejecutiva, por las agravaciones o complicaciones sobrevenidas como consecuencia de la falta de atención oportuna.
- Cooperar con el INS 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, con el propósito de facilitar, por todos los medios a su alcance, la investigación que el INS crea conveniente realizar.
- Remitir al INS cada mes como máximo, la planilla en la que se indique el nombre y apellidos completos de los trabajadores de su empresa, días y horas laborados, salarios pagados y cualquier otro dato que se solicite.
- En el caso de las Empresas o Centros de Formación para la empleabilidad, participantes en el programa de educación y formación técnica profesional (EFTP) en la modalidad Dual, deberán velar por que el estudiante se encuentre registrado como estudiante activo durante su proceso de participación en el programa.
- Adoptar las medidas preventivas que señalen las autoridades competentes conforme a los reglamentos en vigor, en materia de salud ocupacional.
- Adoptar en los lugares de trabajo, las medidas para garantizar la salud ocupacional de los trabajadores, conforme a los términos de la legislación y normativa vigente, y las recomendaciones que en esta materia formulen las autoridades pertinentes.



- Permitir a las autoridades competentes la inspección periódica de los centros de trabajo y la colocación de textos legales, avisos, carteles y anuncios similares, referentes a salud ocupacional.
- Cumplir con las disposiciones legales y reglamentarias para la capacitación y adiestramiento de los trabajadores, en materia de salud ocupacional, según se dispone en el Código de Trabajo y los Reglamentos de Salud Ocupacional.
- Proporcionar el equipo y elemento de protección personal y de seguridad en el trabajo y asegurar su uso y funcionamiento.
- Establecer las comisiones de salud ocupacional que sean necesarias cuando en cada centro de trabajo se ocupen 10 o más trabajadores. Estas comisiones deberán estar integradas con igual número de representantes del patrono y de los trabajadores, y tendrán como finalidad específica investigar las causas de los riesgos del trabajo, determinar las medidas para prevenirlos y vigilar para que, en el centro de trabajo, se cumplan las disposiciones de salud ocupacional.
- Establecer departamentos u oficinas de salud ocupacional cuando se ocupen permanentemente, más de 50 trabajadores.
- Mantener actualizado el medio aportado al INS para recibir notificaciones (correo electrónico, fax, domicilio físico, apartado postal).

CAPÍTULO V

CÁLCULO MONTO ASEGURADO

Cláusula 13. Monto asegurado en pólizas de período corto

El monto asegurado en las pólizas de período corto corresponderá a la suma total de salarios que se indique en el contrato de trabajo firmado entre el Tomador del seguro y el contratista, y en ausencia de este, el Tomador del seguro podrá detallar la información de los trabajadores a contratar y el salario a pagar a cada uno de ellos en el formulario de “Solicitud del seguro”.

Sin embargo, para las pólizas con las siguientes actividades económicas el monto asegurado se establecerá de la siguiente manera:

1. Actividades de construcción

El monto asegurado en las pólizas de período corto que amparan actividades de construcción corresponderá a la estimación de salarios a pagar por el Tomador del seguro declarada en el formulario “Declaración de obras de construcción”.

En los casos en que el Tomador del seguro no declare la estimación de salarios en dicho formulario, omita su presentación o esté exonerado del mismo, el monto asegurado se calculará mediante la siguiente fórmula:

$$MA = VTO * PMA$$

Dónde:	MA	Monto asegurado
	VTO	Valor total de la obra según documento de respaldo (definido en el capítulo suscripción del seguro de la Norma Técnica)
	PMA	Porcentaje estimación monto asegurado (definido en la tabla 1 Porcentajes para estimar el monto asegurado en la actividad de construcción de las Condiciones Especiales)

No obstante, si por el tipo de obra de construcción por realizar no se requiere de ninguno de los documentos de respaldo señalados en el capítulo “Suscripción del Seguro de la Norma Técnica”, el monto asegurado se calculará con base en la estimación total de salarios a pagar por el Tomador del seguro durante el periodo de construcción consignado en la “Solicitud del seguro”.



2. Actividades de producción

El monto asegurado en las pólizas de período corto que amparan actividades de producción se determinará multiplicando la producción estimada por el Tomador del seguro, por el precio de recolección según la unidad de medida correspondiente.

Dicho precio de recolección no podrá ser inferior al precio mínimo fijado en el Decreto de Salarios Mínimos del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social vigente al momento del cálculo, o el precio definido por las entidades competentes.

El INS se reservará en todos los casos, el derecho de solicitar al Tomador del seguro la documentación necesaria para comprobar fehacientemente lo declarado, según lo establecido el artículo 214 inciso c) del Código de Trabajo.

Cláusula 14. Monto asegurado en pólizas permanentes

1. Emisión

El monto asegurado de emisión en las pólizas permanentes se calculará con base en la estimación mensual de salarios a pagar por el Tomador del seguro en la “Solicitud del seguro”, multiplicado por la cantidad de meses de vigencia de la póliza (según forma de pago).

No obstante, para las siguientes actividades económicas el monto asegurado se establecerá de la siguiente manera:

a. Actividades agrícolas

El monto asegurado en las pólizas RT-Agrícola se determinará multiplicando el salario mensual de un trabajador en ocupación no calificada según el Decreto de Salarios Mínimos del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social vigente al momento del cálculo, por la cantidad de meses de vigencia de la póliza (según forma de pago).

Para las pólizas RT-General que amparan actividades de agricultura, el monto asegurado se calculará con base en la planilla mensual estimada por el Tomador del seguro en la “Solicitud del seguro”, multiplicado por la cantidad de meses de vigencia de la póliza (según forma de pago).

2. Rehabilitación

El monto asegurado de rehabilitación en las pólizas permanentes se calculará con base en la estimación mensual de salarios a pagar por el Tomador del seguro en la “Solicitud del seguro”, multiplicado por la cantidad de meses de vigencia de la póliza (según forma de pago) y respetando el año póliza del contrato.

No obstante, si el Tomador del seguro está de acuerdo con la estimación del monto asegurado en el recibo que no fue pagado, se puede generar la rehabilitación con los mismos cálculos.

3. Renovación o abono

El monto asegurado de renovación en las pólizas permanentes se determinará con base en el promedio de las últimas 3 planillas registradas en la póliza al momento de hacer el cálculo.

$$MR = \text{Promedio de la últimas tres planillas presentadas} * p$$

Dónde: $MR =$ Monto asegurado de la renovación
 $P =$ Periodo en meses a proyectar

Cuando la póliza tenga forma de pago trimestral, semestral o mensual, el monto asegurado para cada abono se establecerá con base en las planillas registradas en el período vigente de la póliza y se considerará la última planilla como base para los meses a proyectar.

$$MA = \sum_{i=1}^n Planilla_i + m * Planilla_n - M$$

Dónde: $MA =$ Monto asegurado del abono
 $\sum_{i=1}^n Planilla_i =$ Sumatorias de las planillas presentadas al momento del cálculo
 $n =$ Cantidad de planillas presentadas
 $Planilla_i =$ Planilla presentada para el periodo i
 $m =$ Meses a proyectar (dependerá del abono que se encuentre calculando)
 $M =$ Total de monto asegurado pagado al momento del cálculo.



De no existir planillas presentadas o sustituidas, se considerará el monto asegurado del último período de vigencia de la póliza.

Sin embargo, el Tomador del seguro podrá presentar por escrito al INS la proyección de salarios a pagar para el período de renovación o abono, a fin de ajustar el monto asegurado a su realidad.

El INS se reservará en todos los casos, el derecho de solicitar al Tomador del seguro la documentación necesaria para comprobar fehacientemente lo declarado, según lo establecido en el artículo 214 inciso c) del Código de Trabajo.

CAPÍTULO VI

TARIFACIÓN DEL SEGURO

Cláusula 15. Tarifa de emisión

La tarifa de emisión de la póliza estará compuesta por:

- La tarifa definida en el manual tarifario vigente para la actividad económica asegurada.
- El descuento según las características del seguro.
- El recargo por fraccionamiento de la prima.

Para establecer la tarifa de emisión se aplicará la siguiente fórmula:

$$\text{TEMI} = \text{TM} * (1 + \text{RF}) * (1 - \text{D}_1)$$

*

Donde:	TEMI	Tarifa de emisión
	TM	Tarifa de la actividad económica asegurada, según manual tarifario vigente al momento del cálculo
	RF	Recargo por fraccionamiento de la prima
	D ₁	Descuento según modalidad de aseguramiento

Cláusula 16. Tarifa de rehabilitación

La tarifa de rehabilitación de la póliza estará compuesta, entre otros factores, por la tarifa aplicada en el último período vigente de la póliza y los puntos por experiencia, según lo definido en la Norma Técnica respecto al estudio de experiencia.

Dicha tarifa no podrá ser mayor a 16% ni tampoco, podrá ser inferior a la tarifa definida en el manual tarifario vigente para la actividad económica asegurada (con algunas excepciones indicadas en el siguiente párrafo) y en todos los casos, se deberá adicionar los recargos y descuentos por modalidad de aseguramiento y fraccionamiento de prima.

No obstante, si debido a la buena experiencia siniestral de la póliza la tarifa aplicada al recibo que generó el

vencimiento del contrato de seguro es inferior a la tarifa manual con descuento y recargos por modalidad de seguro y fraccionamiento de prima, se podrá valorar aplicar esta tarifa a la rehabilitación, siempre y cuando se cumpla con las condiciones que se señalan a continuación:

- La rehabilitación se realice dentro del último período de vigencia de la póliza.
- La póliza muestre un comportamiento de pagos oportunos en los 2 últimos períodos de vigencia del contrato de seguro, anteriores a la omisión que generó la rehabilitación.
- La póliza debe tener una antigüedad superior a 2 períodos de vigencia anual continuos.
- No poseer deudas pendientes con este seguro (casos no asegurados, liquidaciones y otros), salvo que las tenga y estas se encuentran en arreglo de pago, caso en el cual tales arreglos deben estar al día y sus pagos haberse realizado oportunamente.

Para determinar la tarifa de rehabilitación se aplicará la siguiente fórmula:

$$TEX = TVI + PE$$

$$TM_{dr} = (TM * 0.92) * (1 + RF) * (1 - D_1)$$

$$TMI = \min(TM_{dr}, TVI)$$

$$TMA = 16 \% * (1 + RF) * (1 - D_1)$$

1.

Relación	Interpretación
Si $TVI \leq TREN < TM$ o $TREN < TVI < TM$ entonces $TREH = TM$	Si la tarifa del manual es mayor a la tarifa vigente y la tarifa del manual entonces la tarifa de rehabilitación es la tarifa del manual.
Si $TM \leq TREN < TVI$ o $TREN < TM < TVI$ entonces $TREH = TVI$	Si la tarifa vigente es mayor a la tarifa de renovación y a la tarifa del manual entonces la tarifa de rehabilitación es la tarifa del vigente.
Si $TM \leq TVI < TREN$ o $TVI < TM < TREN$ entonces $TREH = TREN$	Si la tarifa de renovación es mayor a la tarifa de vigente y a la tarifa del manual entonces la tarifa de rehabilitación es la tarifa de renovación.

Donde:	TREH	Tarifa de rehabilitación
	TEX	Tarifa de experiencia
	TM _{dr}	Tarifa de manual con descuentos y recargos
	TREN	Tarifa de Renovación
	TMI	Tarifa mínima para la póliza
	TMA	Tarifa máxima para la póliza
	TM	Tarifa de la actividad económica asegurada, según manual tarifario vigente al momento del cálculo
	TVI	Tarifa vigente aplicada en el último período de vigencia de la póliza sin considerar reducciones por condiciones especiales de suscripción aplicadas en el mismo período
	PE	Puntos por experiencia
	RF	Recargo por fraccionamiento de la prima
	D ₁	Descuento según modalidad de aseguramiento

Cláusula 17. Tarifa de renovación

Las pólizas permanentes serán renovables a su vencimiento de forma automática por un año completo, previo al pago de la prima de renovación correspondiente por parte del Tomador del seguro.

De conformidad con lo dispuesto en la Norma Técnica la tarifa de renovación de la póliza estará compuesta, entre otros factores, por la tarifa aplicada en el último período vigente de la póliza y la siniestralidad acumulada según el estudio de experiencia efectuado por el INS.

En las pólizas de sector privado, la tarifa no podrá ser mayor a 16%, ni tampoco podrá ser inferior a la tarifa definida en el manual tarifario vigente para la actividad económica asegurada, descontada en un 8% (con algunas excepciones indicadas en el siguiente párrafo); en ambos casos se debe adicionar, los recargos y descuentos por modalidad de aseguramiento y fraccionamiento de prima.

Para el caso de las pólizas de sector público, la tarifa de renovación no podrá ser inferior a la tarifa definida en el manual tarifario vigente para la actividad económica asegurada, descontada en un 10%.

No obstante, si la tarifa vigente de la póliza es inferior a la tarifa mínima señalada debido a la buena experiencia siniestral de la póliza, se podrá utilizar dicha tarifa vigente como la tarifa mínima aplicable al momento del cálculo de la tarifa de renovación.



Cláusula 18. Recargos y descuentos a la tarifa

La tarifa aplicada dentro del contrato de seguro es producto de la actividad económica desarrollada por el Tomador del seguro y la siniestralidad acumulada.

Según se dispone en la Norma Técnica respecto a la “Tarificación del seguro”, al finalizar el período de vigencia de la póliza, el INS efectuará un estudio de siniestralidad y calculará los puntos acumulados por experiencia, los cuales serán considerados para establecer el recargo o descuento que se deberá aplicar en la tarifa de la siguiente renovación o rehabilitación del seguro. Si el Instituto lo considera pertinente, podrá aplicar disminuciones en la tarifa de renovación, rehabilitación o emisión en función de criterios técnicos o características específicas de cada cliente.

CAPÍTULO VII

PRIMAS DEL SEGURO

Cláusula 19. Prima del seguro

La prima del seguro será anual o por el período de vigencia contratado (período corto) y se obtendrá de multiplicar el monto asegurado por la tarifa establecida por el INS de conformidad con la actividad económica, los aumentos o descuentos que correspondan y los puntos por experiencia de la póliza.

En las pólizas permanentes dicha prima es provisional y será ajustada cada vez que varíe el monto asegurado de la póliza.

En ningún caso la prima podrá ser inferior al costo mínimo de emisión y administración de la póliza, el cual está definido en ₡33.350.00 (treinta y tres mil trescientos cincuenta colones) por recibo.

Cláusula 20. Fraccionamiento de la prima

En las pólizas permanentes la prima del seguro será anual, sin embargo, el Tomador del seguro podrá pagar la prima en fracciones semestrales, trimestrales o mensuales, en cuyo caso el INS aplicará a la tarifa anual un recargo de acuerdo con la forma de pago seleccionada, el cual podrá ser hasta el establecido en la siguiente tabla.

Tabla 5. Porcentajes de recargo por fraccionamiento de la prima

Forma de pago	Recargo
Semestral	4,95%
Trimestral	6,95%
Mensual	8,95%

Se excluyen del fraccionamiento de la prima las pólizas de período corto y RT-Ocasional.



Por otra parte, están exoneradas del recargo por fraccionamiento de la prima las pólizas RT-Adolescente, RT-Hogar y RT-Sector Público.

Adicionalmente, es importante señalar, que no procederá pagar la prima en fracciones cuando la prima estimada para el período no alcance el costo mínimo por recibo, según lo indicado en la cláusula anterior.

Cláusula 21. Plazo para el pago de la prima

1. Emisión, rehabilitación y extensión de vigencia

Las primas de emisión, rehabilitación y extensión de vigencia del seguro (recibo de aumento) deberán ser pagadas a más tardar el día de inicio de vigencia, por lo que no cuentan con período de gracia para el pago respectivo.

En caso de que alguno de estos recibos se pague después del plazo señalado, la fecha de inicio de vigencia del recibo será modificada por el INS, a la fecha en que se efectuó el pago del mismo y se informará al Tomador del seguro el cambio realizado. De no recibirse el pago de la prima, el INS procederá con la anulación del trámite.

2. Renovación o abono

El INS otorgará un período de gracia de 10 días hábiles para realizar el pago de la prima de renovación o abono, contados a partir de la fecha de inicio de vigencia del recibo, excepto para las pólizas RT-Adolescente que no cuentan con período de gracia, según lo estipulado en el artículo 11 del Reglamento al Seguro por Riesgos del Trabajo para trabajo independiente y por cuenta propia realizado por personas adolescentes.

En caso de que la prima adeudada se pague después del plazo señalado, el INS procederá a la rehabilitación de la póliza, para lo cual deberá cumplir con los requisitos establecidos en el artículo 8 de la Norma Técnica, dejando un periodo de no cobertura y tomando como referencia para la fecha de inicio de vigencia del recibo de rehabilitación, la fecha en que se efectuó el depósito. Adicionalmente, al tomador le serán entregadas las condiciones del contrato con la actualización de la vigencia.

De no recibirse el pago de la prima, el INS procederá a dar por terminado el contrato de seguro, generándose un período de no cobertura de los siniestros que ocurran durante el tiempo que permanezca sin vigencia la póliza.

3. Liquidación

El INS otorgará un plazo de 10 días hábiles para realizar el pago de la prima de liquidación, contados a partir de la fecha de notificación de la deuda; de no efectuarse el pago, el INS realizará el cobro por la vía judicial, sin perjuicio de una eventual afectación de su historial crediticio, por el incumplimiento en el pago de las sumas adeudadas.

El INS se reservará el derecho de informar al Estado, municipalidades e instituciones públicas y privadas, sobre el incumplimiento en que ha incurrido el Tomador del seguro, a fin de que procedan según corresponda, para cumplir con lo dispuesto en los artículos 202 y 203 del Código de Trabajo.

Cláusula 22. Recargos a la prima

En aplicación de lo que establece el artículo 215 del Código de Trabajo, el INS podrá recargar hasta en un 50% el monto de prima, conforme a los términos y condiciones definidos en la Norma Técnica en el capítulo sobre Incumplimiento en Salud Ocupacional.

Cláusula 23. Domicilio para el pago de la prima

Las primas del seguro deben ser depositadas o pagadas en las Sucursales del INS, Puntos de venta, Puntos de servicio, vía electrónica, a través del intermediario de seguros o por el sistema de conectividad con el Banco Nacional de Costa Rica o el Banco de Costa Rica.

Cláusula 24. Deducible

No aplica deducible para esta póliza.

CAPÍTULO VIII

LIQUIDACIÓN DE LA PÓLIZA

Cláusula 25. Proceso de liquidación

Al finalizar el período de vigencia de la póliza el INS efectuará la liquidación correspondiente a dicho período, a fin de determinar si los pagos provisionales de prima que realizó el Tomador del seguro fueron suficientes en relación con el monto consumido del período, e informará por escrito el resultado de la misma al Tomador del seguro.

El resultado de la liquidación se obtiene aplicando la siguiente fórmula:

$$L = TV * (MC - MA) + C$$

Dónde:	L	Resultado de la liquidación
	C	Cargos y deudas pendientes de pago
	TV	Tarifa vigente del período
	MC	Monto consumido del período o producción real entregada
	MA	Monto asegurado

Cláusula 26. Monto consumido del período

El monto consumido del período se determinará con base en el monto de las planillas registradas durante el período de liquidación.

Con referencia a las pólizas RT-Cosechas, al finalizar la vigencia del período, el Tomador del seguro deberá aportar una constancia de la producción real entregada expedida por el ente encargado de recibir la cosecha, a efecto de establecer el monto real consumido.

Cláusula 27. Prima neta del período

La prima neta del período es el monto de prima precisa y exacta que fue necesaria para cubrir el monto consumido del período, que se obtiene como resultado de aplicar al monto consumido del período la tarifa vigente en el mismo, según se detalla en la siguiente fórmula:

$$PN = MC * TV$$

Dónde:	PN	Prima neta del período.
	MC	Monto consumido del período.
	TV	Tarifa vigente del período.

Se considera que hay un sobrante de prima, cuando el monto consumido del período o la producción real entregada es menor al monto asegurado del período.

Cláusula 28. Aplicación del sobrante de prima

Cuando en el proceso de liquidación resulte un sobrante de prima el INS se reservará el derecho de solicitar al Tomador del seguro la documentación necesaria para respaldar dicha diferencia, de conformidad con lo que establecen los artículos 205 y 214 inciso c) del Código de Trabajo.

En caso de que el tomador del seguro no presente la documentación necesaria para respaldar la diferencia expuesta no se realizará la devolución y se tendrá como Prima Totalmente Devengada.

Si una vez efectuada la revisión respectiva se determina que el sobrante de prima procede, será aplicado de oficio prioritariamente a las sumas adeudadas por el Tomador del seguro al régimen de Riesgos del Trabajo.

Cuando el monto consumido es igual a cero, se retendrá en la liquidación el costo mínimo de emisión y administración de la póliza, tal como se indica en el artículo 19 de este Condicionado.

De persistir un sobrante y la póliza se encuentre vigente, el mismo será aplicado como aumento de seguro al siguiente período de vigencia de la póliza; no obstante, el Tomador del seguro podrá solicitar la devolución, respetando las disposiciones que se indican en la siguiente cláusula.

Si la póliza se encuentra sin vigencia por falta de pago, el sobrante será aplicado en la proporción de días que alcance, como extensión de vigencia del último período pagado o como renovación del seguro, tomando como referencia para definir el consumo la última planilla presentada.

Cláusula 29. Devolución del sobrante de liquidación

Para realizar la devolución del sobrante de liquidación, el Tomador del seguro deberá presentar la solicitud por escrito al INS, en la que se indique el número de cuenta IBAN en colones a su nombre para realizar el

depósito.

Cláusula 30. Devengo de la prima

Cuando el resultado de la liquidación sea menor o igual al costo mínimo de emisión y administración de la póliza, fijado en el artículo 19 de estas condiciones, se tendrá como prima totalmente devengada.

En el caso de las siguientes pólizas, debido a las características propias de cada una de ellas, se tendrán como prima totalmente devengada:

- RT-Adolescente
- RT-Agrícola
- RT-Construcción
- RT Especial Formación Técnica Dual
- RT-Hogar
- RT-General; Únicamente cuando el tomador del seguro es el único asegurado
- RT-Ocasional
- Pólizas de período corto (excepto: RT-Cosechas y RT-General -actividad de construcción)

CAPÍTULO IX

REGISTRO DE TRABAJADORES

Cláusula 31. Sistema RT-Virtual

RT-Virtual es el sistema mediante el cual el Tomador del seguro o las personas autorizadas por éste, pueden efectuar consultas o remitir los reportes relacionados con el trámite de la póliza. Para tal efecto, el Tomador del seguro debe proceder a registrarse en dicho sistema, el cual está disponible en la página web del INS www.grupoins.com.

Cláusula 32. Aseguramiento de nuevos trabajadores

El Tomador del seguro deberá incluir al nuevo trabajador en la planilla del período que corresponda según la fecha de ingreso considerando la cantidad de días efectivamente laborados, excepto para las modalidades de aseguramiento que están exoneradas de la presentación de planillas.

Cláusula 33. Calendario anual de planillas

Para las pólizas con calendario mensual, el Instituto cargará automáticamente el calendario el primer día natural de cada año.

Para las pólizas de calendario especial, el Tomador deberá registrarlo durante el mes de diciembre de cada año por medio del sistema RT- Virtual indicando las fechas de inicio y fin de cada período de planilla correspondiente al año siguiente.

Si el Tomador del seguro no registra dicho calendario el INS convertirá de oficio la póliza a calendario mensual.

Este artículo no aplica para las pólizas que se señalan a continuación, debido a que están exoneradas de la presentación de planillas.

- RT-Adolescente
- RT-Agrícola
- RT-Construcción
- RT-Cosechas
- RT Especial Formación Técnica Dual
- RT-Hogar

- RT- General: Únicamente cuando el tomador del seguro es el único asegurado
- RT-Ocasional
- Pólizas de período corto

Cláusula 34. Declaración periódica de planillas

Es obligación del Tomador del seguro declarar la planilla de cada período del calendario anual de planillas, utilizando el formulario electrónico de “Planilla” en el sistema RT-Virtual, en apego a lo dispuesto en el inciso ch) del artículo 214 del Código de Trabajo.

El INS otorgará al Tomador del seguro un plazo de 10 días hábiles para declarar su planilla, contados a partir de la fecha de corte de la planilla, según el calendario anual de planillas reportado.

Cada nueva planilla sustituye a partir de la fecha de presentación, la última planilla registrada en el sistema, con lo cual se actualiza la información de los trabajadores asegurados.

En los casos en que el trabajador no fue reportado de conformidad con lo establecido en la cláusula 32, el INS se reservará el derecho de analizar la aceptación de inclusión de una planilla adicional hasta un máximo de tres periodos planilla posteriores a la fecha real a la que ingresó ese trabajador a la empresa.

En los casos en que un trabajador es reportado en la planilla con un salario inferior al salario mínimo que le corresponde, según el Decreto de Salarios Mínimos vigente para el periodo de planilla, el INS se reservará el derecho de solicitar al Tomador del seguro la documentación necesaria para respaldar dicha diferencia, de conformidad con lo que establece el inciso c) del artículo 214 del Código de Trabajo.

Se encuentran excluidas de la obligación que establece este artículo, las pólizas que por sus características el INS determine y así lo disponga en las Condiciones Especiales del seguro, a saber:

- RT-Adolescente
- RT-Agrícola
- RT-Construcción
- RT Especial Formación Técnica Dual
- RT-Cosechas
- RT-Hogar
- RT- General: Únicamente cuando el tomador del seguro es el único asegurado
- RT-Ocasional

Cláusula 35. Procedimiento en caso de no recibirse la planilla

De no recibirse la planilla en el plazo establecido, el INS procederá a sustituir la no presentación tomando los datos de la última planilla registrada dentro del período de vigencia, con el objetivo de no interrumpir el aseguramiento de los trabajadores.

En caso de no existir planilla registrada, el INS tomará de oficio la planilla con la cual se calculó la emisión o rehabilitación más los ajustes que se hayan presentado durante el periodo de vigencia de la póliza para sustituir la no presentación.

Cláusula 36. Plazo para la exclusión de asegurados

Si por algún motivo el Tomador del seguro requiere excluir un trabajador con el que ha finalizado su relación laboral, dicha exclusión se deberá realizar a través del reporte de la planilla correspondiente indicando los días laborados y el salario devengado para ese periodo, además de indicarlo en las observaciones del reporte de la planilla.

Para el periodo inmediato siguiente de planilla, el tomador únicamente deberá eliminar al trabajador excluido del reporte.

Cláusula 37. Plazo para corregir o anular la planilla

Si por algún motivo el Tomador del seguro requiere, corregir o anular el envío de una planilla, dicha gestión deberá efectuarla el mismo día que remitió el reporte directamente en el sistema RT-Virtual, a más tardar las 22 horas (10 de la noche).

De no efectuarse la corrección o anulación del envío del formulario de planilla en el plazo señalado anteriormente, el Tomador del seguro podrá solicitarla por escrito al INS indicando las razones correspondientes, siempre y cuando lo realice dentro de los 5 días hábiles posteriores a la fecha de envío del formulario.

En caso de que el INS advierta la posibilidad de un error en la planilla podrá informarlo al patrono, a partir de lo cual corre el plazo dispuesto para que éste proceda a efectuar la corrección que corresponda.

CAPÍTULO X

DISPOSICIONES SOBRE INDEMNIZACIONES

Cláusula 38. Procedimiento en caso de siniestro

De conformidad con lo estipulado en el artículo 214 del Código de Trabajo, ante la ocurrencia de un accidente o enfermedad de trabajo, el Tomador del seguro deberá completar y presentar el formulario denominado “Aviso de accidente o enfermedad de trabajo y orden de atención médica”, vía electrónica por medio del sistema RT-Virtual o mediante el formulario físico dispuesto por el INS en la Red de Servicios de Salud del INS, detallada en la página www.grupoins.com en la información concerniente al Grupo INS.

Para los casos de estudiantes del programa de educación y formación técnica profesional (EFTP) en la modalidad dual, el INS se reserva el derecho de verificar que el lesionado, efectivamente es un participante del programa, a cargo del tomador del contrato de seguro al momento de ocurrencia del siniestro.

Una vez presentado dicho formulario, el trabajador puede presentarse en el centro de salud del INS más cercano a su trabajo o lugar de residencia, para recibir las prestaciones médicas que le otorga el seguro de conformidad con lo dispuesto en el artículo 218 del citado código.

Cláusula 39. Plazo para denunciar el siniestro

En apego a lo establecido en el artículo 221 de Código de Trabajo, el Tomador del seguro está obligado a denunciar al INS todos los riesgos del trabajo que ocurran a sus trabajadores, dentro del plazo máximo de los 8 días hábiles siguientes a su acaecimiento.

Sin embargo, si el siniestro se reporta posterior a ese plazo, se aplicará lo indicado en el artículo 304 del Código de Trabajo.

Cláusula 40. Determinación de casos no asegurados

Se calificará como caso no asegurado, aquellos accidentes o enfermedades de trabajo reportados al INS que presenten al menos una de las siguientes características:

- Cuando el tomador del seguro no posea una póliza de Riesgos del Trabajo al momento de ocurrencia del siniestro.



- Cuando el tomador del seguro cuente con una póliza de Riesgos del Trabajo, pero ésta no se encuentre vigente al momento de ocurrencia del siniestro.
- Cuando el tomador del seguro posea una póliza de Riesgos del Trabajo vigente, pero el trabajador no se encuentre reportado en la planilla o planilla sustituida correspondiente al período anterior a la fecha de ocurrencia del siniestro.

No obstante, si esta planilla fue presentada al INS después de la ocurrencia del siniestro, el caso se clasificará como no asegurado cuando el trabajador no se encuentre reportado en la planilla o planilla sustituida del período tras anterior a la fecha de ocurrencia del siniestro.

- Cuando el tomador del seguro posea una póliza vigente al momento del evento y haya incumplido con lo dispuesto en el artículo 24 de la Norma Técnica del Seguro Obligatorio de Riesgos del Trabajo, es decir, no haya reportado a la persona trabajadora en la planilla correspondiente al mes del ingreso a la empresa.
- Cuando el trabajador no se haya reportado en la planilla de emisión o rehabilitación de la póliza (según corresponda), antes de la fecha de ocurrencia del siniestro.
- Cuando la Empresa o Centro de Formación reciba a los estudiantes del programa educación y formación técnica profesional (EFTP) en la modalidad Dual y no cuente con el seguro vigente para esta modalidad de aseguramiento.
- Cuando la Empresa o Centro de Formación tenga vigente el Seguro de RT Especial Educación y Formación Técnica Dual, pero la persona accidentada y que es reportada al amparo de este seguro sea un trabajador regular de la empresa o Centro de Formación.

Cláusula 41. Disposiciones sobre casos no asegurados

Si el patrono no hubiere asegurado al trabajador contra los riesgos del trabajo, el pago de todas las prestaciones que el INS haya suministrado al trabajador víctima de un riesgo del trabajo, o a sus beneficiarios, estará exclusivamente a cargo del patrono.

Una vez emitido el cobro, el patrono dispondrá de un plazo máximo de 10 días hábiles, para depositar las sumas adeudadas al INS, contados a partir de la fecha de la respectiva notificación. Vencido ese término, el INS exigirá por la vía ejecutiva el depósito de la suma adeudada, más los intereses legales y las costas

correspondientes; sin perjuicio de una eventual afectación en su historial crediticio, por el incumplimiento en el pago de las sumas adeudadas.

Cláusula 42. Determinación de casos no amparados

No constituyen accidentes o enfermedades cubiertos por este seguro los que se produzcan en las circunstancias señaladas en el artículo 199 del Código de Trabajo, previo al análisis administrativo y médico correspondiente por parte del INS.

Cláusula 43. Disposiciones sobre casos no amparados

Cuando el reclamo sea procesado como un caso no amparado, de conformidad con lo que establece el artículo 199 del Código de Trabajo, el INS referirá al trabajador al régimen que le corresponda, para su atención.

El INS conservará el derecho de solicitar al lesionado o al régimen correspondiente, el pago de los gastos incurridos por las prestaciones otorgadas, en razón del principio básico de protección a la vida y la salud, pero que no le corresponde cubrir al INS por no tratarse de un riesgo de trabajo.

CAPÍTULO XI

SUMINISTRO DE PRESTACIONES

Cláusula 44. Suministro de prestaciones

La cobertura del presente contrato de Seguro Obligatorio de Riesgos del Trabajo cubre todas las prestaciones reguladas conforme Título IV del Código de Trabajo y su reglamento. Cualquier cláusula de este contrato de seguro que se le oponga, resulta absolutamente nula.

Las prestaciones se otorgarán al trabajador lesionado o a sus beneficiarios, según corresponda, y son las indicadas en los artículos 218 y 219 del Código de Trabajo, a saber:

Médicas	En dinero
• Asistencia médico-quirúrgica • Hospitalaria • Farmacéutica • Rehabilitación • Prótesis y aparatos médicos • Readaptación, reubicación y rehabilitación laboral	• Subsidio por incapacidad temporal • Rentas por incapacidad permanente • Rentas por muerte del trabajador • Gastos de traslado • Gastos de funeral • Gastos de hospedaje, alimentación y pasajes

Para efectos de las valoraciones necesarias para decidir respecto a la concesión de tales prestaciones, se considerará y cumplirá en todo momento lo dispuesto en el Título IV del Código de Trabajo, su reglamento y la Norma Técnica del Seguro Obligatorio de Riesgos del Trabajo.

Cláusula 45. Prestaciones médicas

Cuando ocurra un riesgo del trabajo, el tomador de seguro está obligado a procurar brindarle de inmediato al trabajador, el suministro de las prestaciones médico-sanitarias que su estado requiera, sin perjuicio de la obligación que tiene de brindarle los primeros auxilios.

Para el cumplimiento de esta disposición el Tomador del seguro deberá utilizar, preferentemente, la red de servicios de salud del INS que se detalla en la información concerniente al Grupo INS en la página web

institucional, salvo en aquellos casos de emergencia calificada en que podrá recurrir al centro médico más cercano, hecho que deberá hacer del conocimiento inmediato del INS mediante el formulario “Aviso de accidente o enfermedad de trabajo y orden de atención médica”.

Cláusula 46. Prestaciones en dinero

La responsabilidad del INS en cuanto a las prestaciones en dinero se determinará con base en el monto de los salarios informados por el Tomador del seguro como devengados por el trabajador con anterioridad a que ocurra el riesgo, sin perjuicio de lo que establece el artículo 206 del Código de Trabajo.

Cláusula 47. Incapacidad temporal

1. Cálculo del salario diario

En caso de incapacidad temporal el cálculo del salario se determinará en los términos señalados en el artículo 235 del Código de Trabajo, de la siguiente manera:

$$SD = PP / TD$$

Dónde: SD Salario diario promedio
PP Sumatoria últimas 3 planillas presentadas antes del siniestro
TD Total días reportados

2. Cálculo del subsidio salarial

El cálculo del subsidio salarial se determinará en los términos señalados en el artículo 236 del Código de Trabajo, de la siguiente manera:

Primeros 45 días de incapacidad

$$SS = SD * 60\%$$

Después de los 45 días de incapacidad

$$SS = TONC + ((SD - TNC) * 67\%)$$

Dónde: SS Subsidio salarial
SD Salario diario promedio del trabajador
TONC Salario diario de trabajadores en ocupación no calificada según el Decreto de Salarios Mínimos vigente al momento del pago del subsidio salarial.

3. Reconocimiento del subsidio

3.1. Trabajador con varios patronos

Si el trabajador manifiesta que labora para varios patronos y aparece reportado en la planilla de las pólizas de esos patronos, el salario diario para cálculo de subsidio por incapacidad temporal se determinará de oficio considerando los salarios declarados en todas las pólizas.

Para hacer efectivo el pago del subsidio deberá presentar para cada período de incapacidad que se le otorgue, una nota del patrono o patronos diferente al de la ocurrencia del siniestro, en la que se indique:

- Fecha de ingreso a la empresa.
- Número de póliza de riesgos del trabajo en la que lo están reportando.
- Tener conocimiento del período de incapacidad.
- El trabajador no se ha presentado a laborar durante el período de incapacidad.

Si el trabajador no aparece reportado en alguna de las pólizas, deberá presentar una certificación emitida por la C.C.S.S. en la que consten los salarios reportados por cada patrono a dicha Institución o copia de los comprobantes de pago de salario.

3.2. Trabajador con nuevo patrono

En caso de que el lesionado se encuentre laborando para un patrono diferente al de la ocurrencia del siniestro, para hacer efectivo el pago del subsidio deberá presentar para cada período de incapacidad que se le otorgue, una nota del nuevo patrono en los siguientes términos:

- Fecha de ingreso a la empresa.
- Número de póliza de riesgos del trabajo en la que lo están reportando.
- Tener conocimiento del período de incapacidad.

- El trabajador no se ha presentado a laborar durante el período de incapacidad

3.3. RT General (Tomador Asegurado)

3.3.1. Cálculo del ingreso salarial

Las prestaciones en dinero a cargo del INS en virtud del seguro contratado se calcularán estrictamente sobre el ingreso mensual neto declarado por el tomador de seguro en la emisión, rehabilitación, aumento o renovación de la póliza, siempre y cuando de forma previa al evento se haya completado el pago total de la prima o la fracción correspondiente.

Las variaciones al alza sobre la estimación del ingreso neto quedaran registradas en la póliza hasta que se cumpla con el pago de la prima correspondiente.

3.3.2. Reconocimiento del subsidio salarial

Cuando el patrono esté asegurado en la póliza, el pago de las incapacidades otorgadas se realizará por periodo vencido y para el reconocimiento del subsidio salarial el Tomador del seguro deberá demostrar el ingreso neto cuando sea superior al mínimo legal vigente y la pérdida económica que ha sufrido durante el período de incapacidad, según corresponda:

- a. Si no está operando el negocio

**Póliza período corto**

Deberá presentar los siguientes documentos:

- Carta de la empresa con la que mantiene el contrato de trabajo vigente, en la que se indique que no ha continuado brindándoles el servicio.
- Se debe adjuntar copia visible de la identificación del responsable que suscribe la carta y número de teléfono para respectiva verificación.

Póliza permanente

Deberá presentar uno o varios de los siguientes documentos:

- Declaración personal parcial del impuesto sobre la renta presentada al Ministerio de Hacienda, en la cual se evidencie la disminución del ingreso durante el período de incapacidad.
- Planillas presentadas ante la CCSS de los meses correspondientes al período de incapacidad.
- Comprobantes Eléctronicos posteriores a la fecha del accidente, en caso de existir evidencia de que hubo facturación durante el período de incapacidad, el INS se reserva el derecho de hacer las indagaciones respectivas.
- Copia de contratos de trabajo vigentes a la fecha del accidente y cartas de las respectivas empresas en las que se indique que no ha continuado brindándoles el servicio (se debe adjuntar copia visible de la identificación del responsable que suscribe la carta y número de teléfono para respectiva verificación).

b. Si está operando el negocio

En caso de que el tomador del seguro sea una persona física y a la vez el único asegurado en la póliza puede demostrar el ingreso neto con uno de los documentos que se citan:

- Declaración parcial o total del tomador del seguro presentada ante el Ministerio de Hacienda, en la que se detalle o contenga la información para calcular el ingreso neto, correspondiente al periodo inmediato anterior a la fecha de emisión o rehabilitación.
- Certificación de contador público que especifique el ingreso neto de los últimos 12 meses o periodo menor laborado (no inferior a 6 meses).

- Planillas de la Caja Costarricense de Seguro Social de los últimos 12 meses o periodo menor reportado (no inferior a 6 meses).
- Algún otro documento que demuestre a satisfacción del INS el ingreso neto devengado.

El cálculo del subsidio se regirá según se indica:

- Si el ingreso neto demostrado es inferior al monto asegurado: se pagará sobre el ingreso neto demostrado.
- Si el ingreso neto demostrado es mayor al monto asegurado: se pagará sobre el monto asegurado.

3.4. Reapertura

Al amparo del artículo 218, inciso c) del Código de Trabajo, el pago del subsidio por incapacidad temporal será reconocido de oficio, mientras que el lesionado se encuentre empleado y se compruebe que los períodos de incapacidad le fueron rebajados del reporte de planillas correspondientes. Caso contrario, el INS podrá solicitar una aclaración al Tomador del seguro sobre las circunstancias que median en el pago de dicha incapacidad.

En el momento que el INS compruebe que el lesionado se encuentra desempleado, el pago del subsidio por incapacidad será reconocido de oficio cuando corresponda a la primera y segunda solicitud de reapertura, que presente desde la fecha en que quedó cesante.

A partir de la tercera solicitud de reapertura, sólo se reconocerá dicho subsidio cuando el lesionado demuestre la pérdida económica.



Cláusula 48. Incapacidad permanente

La incapacidad permanente para un trabajador accidentado se determina mediante la fijación de un porcentaje que representa la pérdida de la capacidad general y es fijado por profesionales médicos del INS, el cual se fundamenta en la tabla de impedimentos que se establece en el artículo 224 del Código de Trabajo, siendo posible que el trabajador afectado recurra a lo indicado en los artículos 261 y 262 del mismo Código.

Los plazos, porcentajes y forma de cálculo de las rentas derivadas de las incapacidades permanentes fijadas, se detallan de seguido:

1. Incapacidad menor permanente

Es aquella que causa una disminución de facultades o aptitudes para el trabajo, consistente en una pérdida de la capacidad general, orgánica o funcional que va del 0.5% al 50%.

El trabajador tendrá derecho a percibir una renta anual pagadera en mensualidades durante 5 años, que se calculará multiplicando el porcentaje de pérdida fijado por el salario anual que se determine.

2. Incapacidad parcial permanente

Es la que causa una disminución de facultades o aptitudes para el trabajo, consistente en una pérdida de la capacidad general, orgánica o funcional, igual o mayor al 50% pero inferior al 67%.

Esta declaratoria determina para el trabajador el derecho a percibir una renta anual pagadera en mensualidades durante 10 años, equivalente al 67% del salario anual que se determine.

3. Incapacidad total permanente

Es la que causa una disminución de facultades o aptitudes para el trabajo, consistente en una pérdida de la capacidad general, orgánica o funcional igual o superior al 67%.

Esta declaratoria determina para el trabajador el derecho a percibir una renta anual vitalicia, pagadera en mensualidades, cuyo cálculo se determinará en los términos señalados en el artículo 240 del Código de Trabajo, de la siguiente manera:

$$RA = SAM + ((SAT - SAM) * 67\%)$$

Dónde: RA Renta anual
SAM Salario anual máximo
SAT Salario anual del
trabajador

De conformidad con lo que dispone el artículo 18 del Reglamento General de los Riesgos del Trabajo, el salario anual máximo es fijado periódicamente por la Junta Directiva del INS con base en los estudios técnicos.

4. Gran invalidez

La gran invalidez ocurre cuando el trabajador ha quedado con una incapacidad total permanente y, además requiere de la asistencia de otra persona para realizar los actos esenciales de la vida (caminar, vestirse y comer).

Esta declaratoria determina para el trabajador el derecho a recibir una renta calculada en los términos señalados en la incapacidad total permanente, más una suma mensual adicional que se determina reglamentariamente para el pago de su cuidado personal primario.

La Junta Directiva del INS está facultada para aprobar los ajustes a la renta mínima que determinen los estudios técnicos respectivos.

Cláusula 49. Muerte del trabajador

Cuando un riesgo del trabajo produzca la muerte del trabajador, tendrán derecho a una renta anual pagadera en dozavos, las personas que se describen en el artículo 243 del Código de Trabajo en estricto orden y condiciones, en apego a la limitación estipulada en el artículo 245 del mismo Código.

Las rentas se pagarán a partir de la fecha de defunción del trabajador o bien, a partir del nacimiento del hijo póstumo cuando las rentas pertenezcan a ese último.

Cláusula 50. Desaparición del Trabajador

Cuando a raíz de un riesgo del trabajo desapareciera un trabajador sin que haya certidumbre de su fallecimiento y, no se volviera a tener noticias de él dentro de los treinta días posteriores al siniestro, se presumirá su muerte, a afecto de que los beneficiarios perciban las prestaciones en dinero que dispone el artículo 243 del Código de Trabajo, en estricto orden y condiciones. Lo anterior, en apego a la limitación estipulada en el artículo 245 del mismo Código, sin perjuicio de la devolución que procediere posteriormente según lo definido en el artículo 253 del citado Código, en caso de que se pruebe que el trabajador no había fallecido.

Los trabajadores a quienes se les haya fijado la incapacidad total permanente o gran invalidez, así como los derechohabientes del trabajador fallecido a causa de un riesgo, tendrán derecho al pago de una renta adicional en diciembre, de conformidad con lo establecido en el artículo 251 del Código de Trabajo.

El Instituto podrá incrementar las rentas temporales o permanentes, para compensar la pérdida del valor ocasionado por la inflación de los precios, este incremento se fija mediante acuerdo de Junta Directiva y de acuerdo con las potestades establecidas en el artículo del 205 Código de Trabajo.

Cláusula 51. Reconocimiento de gastos

1. Funeral y traslado

Por acuerdo de la Junta Directiva del INS se reconocerá una suma para gastos de funeral del trabajador fallecido, así como para gastos de traslado del cadáver dentro del área metropolitana o fuera de ésta, en los términos señalados en el artículo 16 del Decreto N° 39303-MOPT-H “Reglamento de Seguro Obligatorio para Vehículos Automotores”.

Dicha suma se reintegrará al familiar del occiso o cualquier otra persona que demuestre haber cumplido con el pago de estos servicios o incurrido en obligaciones económicas por esta misma razón y para tal efecto, deberá presentar los siguientes requisitos:

- Copia del certificado de defunción.
- Factura original timbrada o electrónica según lo dispuesto por la Dirección General de Tributación, legible, sin alteraciones, tachones o borrones de ningún tipo, del servicio de funeral donde se especifique el nombre de la persona que pagó como del fallecido por el cual se brindó dicho servicio.



- Número de cuenta cliente (o número de IBAN cuando corresponda) en colones, a nombre de la persona que realizó el pago de estos servicios y el banco al que corresponde, para realizar el depósito respectivo.

La Junta Directiva del INS está facultada para aprobar las sumas por gastos de funeral o traslado del cadáver que determinen los estudios técnicos respectivos.

2. Traslado, hospedaje y alimentación

El INS reconocerá gastos por traslado según lo establecido en el artículo 218, inciso ch) del Código de Trabajo, conforme a las disposiciones que dicta el Consejo de Transporte Público y las tarifas aprobadas por la Autoridad Reguladora de los Servicios Públicos (ARESEP).

Si por la condición de salud la persona lesionada no puede viajar en bus y no es posible suministrarle ambulancia, se reconocerá el pago de servicio de taxi terrestre o taxi aéreo, cuando se trate de un caso que requiera un traslado de emergencia.

Asimismo, por acuerdo de la Junta Directiva del INS se reconocerán gastos de hospedaje y alimentación, en los términos señalados en el artículo 14 del Decreto N° 39303-MOPT-H “Reglamento de Seguro Obligatorio para Vehículos Automotores”.

3. Facturas

a. Condiciones

Al amparo de lo que establece el artículo 220 del Código de Trabajo, el INS reconocerá el pago de facturas en los siguientes términos:

- Si el reclamo es calificado como emergencia médica por parte del INS, según lo establecido en el artículo 230 del Código de Trabajo, se reconocerá el 100% de la factura original aportada.
- Si existe una referencia médica por parte de los servicios otorgados por el INS que autorice al lesionado a realizar el pago, se reconocerá el 100% de la factura original aportada.
- Si el reclamo no es calificado como emergencia médica por parte del INS, se reconocerá el pago de acuerdo a las tarifas establecidas en contratos y convenios del INS con proveedores médicos externos.

b. Requisitos

Para el reconocimiento de facturas, el Tomador del seguro deberá denunciar el siniestro conforme al procedimiento en caso de accidente o enfermedad de trabajo dispuesto en este Condicionado y el pago se realizará, a quien demuestre haber pagado las facturas y para tal efecto deberá presentar al INS:

- Solicitud por escrito del reintegro.
- Las facturas originales timbradas y en buen estado o electrónica según lo dispuesto por la Dirección General de Tributación, legibles, sin alteraciones, tachones o borrones de ningún tipo.
- Número de IBAN en colones a su nombre y el banco al que corresponde, para realizar el depósito en caso de proceder el reconocimiento.

El reconocimiento de las facturas se encuentra supeditado a la valoración y aceptación médica que avale la procedencia de pagarlas como un costo médico del Seguro Obligatorio de Riesgos del Trabajo en el caso concreto.

Cláusula 52. Pérdida de beneficios de los asegurados

De conformidad con lo que establece el artículo 233 del Código de Trabajo, el trabajador que hiciere abandono de la asistencia médico-sanitaria o de rehabilitación que se le otorga, o que se negare, sin causa justificada, a seguir las prescripciones médicas, perderá el derecho a las prestaciones que disponen los artículos 218 y 219 del citado Código, excepto las contempladas en el inciso c del artículo 218.

Cláusula 53. Plazo para solicitar las prestaciones

Los derechos y las acciones para solicitar las prestaciones prescribirán en un plazo de 3 años, contados desde la fecha en que ocurrió el riesgo o de la fecha en que el trabajador o sus beneficiarios estén en capacidad de gestionar su reconocimiento, y en caso de muerte el plazo correrá a partir del deceso.

CAPÍTULO XII

PAGO DE PRESTACIONES EN DINERO

Cláusula 54. Declinación y apelación de indemnizaciones

El INS deberá entregarle por escrito al Tomador del seguro, trabajador o a sus beneficiarios, un estado de cuenta en el cual se establezca la liquidación de la indemnización y las prestaciones correspondientes.

En caso de que el INS decline el pago de la indemnización, deberá entregarle por escrito la decisión al trabajador o a sus beneficiarios, indicando al menos:

- El motivo que impide efectuar la indemnización el cual debe incluir específicamente la causa que justifique el rechazo de la indemnización.
- Desglose y detalle de los documentos o cualquier otra información que se disponga, que acrediten las razones del INS para declinar.
- Incluir mención donde se establezca que el rechazo expreso de la indemnización no afecta el ejercicio de cualquiera de las acciones que puedan realizar para hacer valer sus derechos.

El trabajador o los beneficiarios pueden apelar por escrito la declinación parcial o total de la indemnización, en la Sede del INS que dictó la resolución de rechazo y ofrecer sus pruebas, siempre y cuando no haya prescrito su derecho en los términos señalados en el artículo 304 del Código de Trabajo.

Cláusula 55. Cobro ajuste de prestaciones en dinero

Cuando existan diferencias de salarios entre lo reportado por el Tomador del seguro y lo realmente percibido por el trabajador que se accidentó, y se deban pagar prestaciones en dinero, el INS pagará al trabajador o a sus beneficiarios las sumas correctas que en derecho corresponden y le cobrará al Tomador del seguro, las sumas pagadas en exceso más los intereses correspondientes, tal y como lo dispone el artículo 206 del Código de Trabajo.

En los casos que se determine que se pagaron prestaciones no debidas al trabajador o a sus beneficiarios, el INS podrá cobrar o compensar lo que haya entregado indebidamente a los responsables, deduciendo las sumas de las prestaciones en dinero que se les adeuden a éstos o mediante las gestiones cobratorias que correspondan, tal y como lo dispone el artículo 253 del citado Código.

Cláusula 56. Plazo de resolución de indemnizaciones

El INS brindará respuesta mediante resolución motivada y escrita dentro de los 30 días naturales contados a partir de la presentación de la solicitud de indemnización o revisión que realice el trabajador o beneficiario, y en caso de adoptar una resolución afirmativa, en un plazo máximo de 30 días naturales después de ello efectuará el pago que corresponda o la ejecución de la prestación.

Cláusula 57. Prescripción

De conformidad con el Código de Trabajo, los derechos y las acciones para reclamar las prestaciones derivadas de este seguro, prescribirán en un plazo de tres 3 años, contado desde la fecha en que ocurrió el riesgo o de la fecha en que el trabajador o sus beneficiarios estén en capacidad de gestionar su reconocimiento; y en caso de muerte, el plazo correrá a partir del deceso.

La prescripción no correrá para los casos de enfermedades ocasionadas como consecuencia de riesgos del trabajo y que no hayan causado la muerte del trabajador.

Tampoco correrá la prescripción para el trabajador no asegurado en el INS, cuando siga trabajando a las órdenes del mismo patrono, sin haber obtenido el pago correspondiente o cuando el patrono continúe reconociéndole el total o parte del salario al trabajador o a sus beneficiarios.

CAPÍTULO XIII

BENEFICIARIOS

Cláusula 58. Designación de beneficiarios

Según lo que dispone el artículo 243 del Código de Trabajo, se considerarán beneficiarios las personas que se señalan a continuación:

Beneficiarios	Renta equivalente a		Plazo
Cónyuge supérstite	Si hay menores	30%	10 años
	Si no hay menores	40%	
Menores dependientes	Si hay esposa:		Hasta los 18 años de edad. Se puede extender hasta los 25 años para los que demuestren que están estudiando.
	- 1 menor	20%	
	- 2 menores	15% c/u	
	- 3 o más menores	40% grupo	
	Si no hay esposa:		
	- Un menor	35%	
	- 2 o más menores	20% c/u	
Compañera	Si hay menores	30%	10 años
	Si no hay menores	40%	
Madre del occiso (natural o de crianza)	Si hay menores	20%	10 años
	Si no hay menores	30%	
Padre del occiso sexagenario o incapacitado para trabajar		10%	10 años
Ascendientes, descendientes y colaterales del occiso hasta tercer grado de consanguinidad, que sean sexagenarios o incapacitados para trabajar y dependientes.		10% c/u o	10 años
		30% grupo	

Nota: La suma de las rentas que se determinen no podrá exceder del 75% del salario anual del trabajador fallecido.

Se exceptúa del cuadro anterior las pólizas RT-Adolescente, ya que rige lo dispuesto en el Decreto 28192, cuyo detalle está definido en las condiciones especiales de la póliza.

Advertencia: En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Esto por cuanto las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.



La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

CAPÍTULO XIV

MODIFICACIONES AL CONTRATO DE SEGURO

Cláusula 59. Modificaciones en la póliza

Los términos de las Condiciones Generales, Especiales y/o Particulares podrán ser modificados por medio de una adenda suscrita por el INS y agregado a la póliza, en casos tales como: modificaciones al clausulado, variaciones en las condiciones del riesgo, comportamiento siniestral de la póliza, agravaciones del riesgo por parte del Tomador del seguro.

Los cambios o variaciones serán comunicados por el INS directamente al Tomador del seguro, a la dirección señalada para notificaciones en la “Solicitud de seguro” o “Solicitud de rehabilitación”, con al menos 30 días hábiles anteriores al vencimiento de la póliza.

Cláusula 60. Fusión de dos o más pólizas

El Tomador del seguro podrá solicitar la unión de dos o más pólizas, lo cual procederá siempre y cuando las pólizas de las sociedades o empresas involucradas en la fusión estén suscritas para actividades económicas similares; de lo contrario, solo corresponderá el cambio de razón social o nombre del Tomador del seguro. El INS establecerá la tarifa a aplicar al seguro conforme a los procedimientos internos definidos para la fusión de pólizas y consolidará la información de monto asegurado, prima neta y siniestra de los últimos 4 períodos anuales de las pólizas a unificar, dentro de la póliza que conforme al procedimiento se mantendrá vigente.

Cláusula 61. Modificación del monto asegurado

Si en el transcurso de vigencia de la póliza se presentan solicitudes o circunstancias que afecten el monto asegurado del seguro, por ejemplo: incremento o disminución de la proyección de planillas, inclusión de proyectos y subcontratos de construcción, extensión de vigencia, entre otros, el INS procederá a calcular nuevamente el monto asegurado y hará el ajuste correspondiente en la prima de la póliza, informándole al Tomador del seguro dentro del plazo máximo de 1 mes a partir del conocimiento de la situación que generó la modificación.

En la modalidad RT Especial Formación Técnica Dual, el tomador del seguro queda en la obligación de comunicar de forma oportuna, cualquier variación en la estimación de estudiantes, con el objetivo de realizar los ajustes correspondientes en la prima de la póliza.

El Tomador del seguro queda obligado al pago inmediato de la prima correspondiente que se fije.

Cláusula 62. Cambio en la forma de pago

El Tomador del seguro podrá solicitar por escrito al INS la modificación de la forma de pago de la póliza, la cual regirá a partir de la siguiente renovación del contrato de seguro y para tal efecto, el INS realizará los ajustes que correspondan en la póliza.

Cláusula 63. Modificación de la fecha de inicio de vigencia de la póliza

El Tomador del seguro podrá solicitar por escrito al INS la variación de la fecha de inicio de vigencia de la póliza, conforme a los siguientes casos:

1. Póliza permanente

Previo a la fecha de inicio de vigencia del contrato, La variación regirá a partir de la siguiente renovación del contrato de seguro y para tal efecto, se ajustará la vigencia del período vigente.

En caso de que el Tomador del seguro desee cambiar nuevamente la fecha de inicio de vigencia de la póliza, tendrán que haber transcurrido al menos 6 meses.

2. Póliza de período corto

Previo a la fecha de terminación del contrato pactada originalmente, y cuando se trate de pólizas de periodo corto, el tomador podrá solicitar un cambio de fecha de inicio de vigencia, presentando un documento de respaldo que evidencie la modificación en la fecha de inicio de los trabajos.

Para la actividad de construcción el Tomador del seguro deberá adjuntar en la solicitud de modificación de la fecha de inicio de vigencia , copia de la bitácora de la obra y el INS modificará la vigencia de la póliza, siempre y cuando no haya vencido el plazo del permiso de construcción por lo cual, se aceptarán cambios de la fecha de inicio y cualquier variación que afecte la fecha final de la obra, aún y cuando se haya concluido la vigencia originalmente pactada, siempre que no se trate de nuevos proyectos u obras adicionales a las contratadas originalmente.

Cláusula 64. Extensión de vigencia en pólizas de periodo corto

El Tomador del seguro que haya suscrito una póliza de período corto podrá solicitar por escrito al INS la extensión de la vigencia original del contrato de seguro, indicando en la solicitud la nueva fecha en que finalizarán las labores y aportando los siguientes requisitos:

1. Según tipo de actividad económica

a. Actividad de construcción

Copia de la bitácora de la obra, a efecto de verificar que los trabajos no han finalizado.

Adicionalmente, para las pólizas RT-General de período corto para la actividad de construcción, el Tomador del seguro deberá indicar en la solicitud la estimación de salarios a pagar durante el período de extensión.

b. Actividad de producción

Indicar en la solicitud la producción estimada durante el período de extensión.

c. Otras actividades

Copia del documento de ampliación del contrato de trabajo con las nuevas condiciones y monto a pagar. De no existir contrato de trabajo, podrá indicar la estimación de salarios a pagar durante el período de extensión.

En los casos que corresponda, el INS calculará la prima a pagar para cubrir el nuevo período, con base en la información contenida en la póliza y la suministrada por el Tomador del seguro en la solicitud de extensión.

2. Según estado de vigencia de la póliza

a. Póliza vigente

La extensión del seguro será válida para la conclusión del trabajo u obra constructiva para la cual fue suscrita la póliza.

Si el período de vigencia de la póliza considerando la extensión solicitada es igual o mayor a un año, la póliza se modificará a permanente y regirán a partir del recibo de renovación generado producto de la extensión, las condiciones que correspondan a la forma de pago permanente, pero manteniéndose el beneficio de colectividad.

b. Póliza sin vigencia

Si la póliza se encontrara sin vigencia al momento de la solicitud, lo que procederá es la rehabilitación de la misma y se deberá indicar en la “Solicitud de póliza” la estimación de salarios a percibir durante el período a extender.

Cláusula 65. Modificación de la actividad económica

El Tomador del seguro deberá comunicar por escrito al INS cualquier cambio en su actividad económica, a fin de realizar los ajustes que correspondan en la póliza y quede asegurada la nueva actividad. Si dicho cambio no es informado al INS, se procederá de oficio a realizar los ajustes que correspondan en la póliza, a partir de la renovación inmediata anterior a la determinación del cambio.

Este cambio implicará ajuste en la tarifa vigente del período afectado, considerando la siniestralidad acumulada y se calculará con la siguiente fórmula:

$$TA = TM_N * TV / TM_A$$

Dónde:	TA	Tarifa ajustada (nueva tarifa del seguro)
	TV	Tarifa vigente del período afectado
	TM _N	Tarifa del manual tarifario (actividad nueva)
	TM _A	Tarifa del manual tarifario (actividad anterior)

El INS conservará el derecho de corroborar en sitio la información suministrada por el Tomador del seguro y en caso de que se compruebe que la actividad asegurada en la póliza no corresponde por la comunicada por este último, se procederá a realizar de oficio los ajustes respectivos.

Cláusula 66. Suspensión temporal de los trabajos

Si durante el período de vigencia de la póliza se presenta una interrupción en los trabajos que motive la suspensión temporal de los mismos, el Tomador del seguro deberá declarar una planilla sin actividad (sin detalle de trabajadores) durante el período de interrupción, con el objetivo de que no consuma prima y el INS no aplique el procedimiento en caso de no recibirse la planilla definido en este Condicionado.

**Cláusula 67. Reactivación del seguro**

Para la reactivación del seguro será suficiente que el Tomador del seguro incluya nuevamente los trabajadores asegurados en la planilla.

Si la póliza es de período corto y/o el Tomador del seguro está exonerado de la presentación de planillas, deberá informar por escrito al INS el período durante el cual se presentó la interrupción en los trabajos, a efecto de proceder con el trámite de extensión de vigencia en pólizas de período corto definido en este Condicionado.

Cláusula 68. Otras modificaciones al contrato de seguro

Cualquier solicitud de modificación al contrato de seguro deberá ser presentada en forma escrita por el Tomador del seguro o por quien este haya designado expresamente.

El INS procederá con la revisión de la solicitud presentada y notificará su resolución por escrito al Tomador del seguro, en un plazo no mayor a 10 días naturales.

CAPÍTULO XV

PROGRAMAS DE BENEFICIOS E INCENTIVOS

Cláusula 69. Participación en programas de beneficios

El Tomador del seguro que posea una o más pólizas permanentes y en estado vigente, podrá participar en los programas de beneficios que a discreción del INS se considere pertinente otorgar.

Los beneficios susceptibles de ser otorgados son:

1. Convenio de reintegro

De conformidad con el artículo 30 del Reglamento General de los Riesgos del Trabajo, el INS puede convenir con el Tomador del seguro la adopción de forma de pago por reintegro de las incapacidades temporales, de tal forma que el trabajador incapacitado por el INS reciba el subsidio por medio de su patrono, quien mensualmente informará al INS el total de erogaciones por este concepto, a efecto de que se le realice el correspondiente reintegro.

En adición, el INS podrá implementar otras modalidades de reintegro por pago de subsidio salarial, en convenio con el Tomador del seguro.

2. Autorización de consultorio médico de empresa

Todo Tomador del seguro que cuente con un consultorio médico de conformidad con las especificaciones que dicte el INS, podrá acceder a la autorización como consultorio médico de empresa y su respectiva clasificación.

3. Retorno límite inferior

Si la póliza en los últimos cuatro años, debido a la buena experiencia siniestral, ha tenido una tarifa vigente menor a la tarifa mínima definida en la Norma Técnica, se podrá aplicar como límite inferior la menor de esas tarifas.

Esto en concordancia al plazo de prescripción establecido en el artículo 17 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

Cláusula 70. Condiciones para la participación en programas de beneficios

Para participar en los programas de beneficios el Tomador del seguro deberá presentar solicitud formal por escrito al INS y deberá cumplir sin excepción, con todas las condiciones que se establecen a continuación:

- La póliza debe tener una antigüedad superior a 2 períodos de vigencia anual continuos.
- Haber pagado puntualmente todas las primas (no poseer períodos de no cobertura durante la vigencia actual y los dos períodos tras anteriores).
- No poseer deudas pendientes con este seguro (casos no asegurados, liquidaciones y otros), salvo que las tenga y estas se encuentran en arreglo de pago, caso en el cual tales arreglos deben estar al día y sus pagos haberse realizado oportunamente.

Cláusula 71. Participación en programas de incentivos

El Tomador del seguro que posea una o más pólizas permanentes y en estado vigente, podrá participar en los programas de incentivos que a discreción del INS se considere pertinente otorgar.

Es importante señalar, que para todos los casos los incentivos sólo se concederán en el tanto no afecte la solidez financiera del régimen, por lo que no existe una obligación en otorgarlos.

1. Homologación de la gestión preventiva

Para acceder al incentivo por mejora continua en la gestión preventiva empresarial de los riesgos del trabajo, el Tomador del seguro debe cumplir con las condiciones para participar que se detallan en la siguiente cláusula y, además presentar la declaración jurada sobre los aspectos referidos en las bases de participación publicadas en la página web del INS.

a. Pólizas sector privado

Cuando se trate de pólizas del sector privado, el INS analizará la posibilidad de otorgar un reconocimiento económico máximo de hasta el 10% de la prima neta del período en estudio.

Sin embargo, este reconocimiento no procederá cuando la tarifa vigente del período en estudio se encuentre descontada en una proporción igual o superior al 10% de la tarifa vigente para la actividad asegurada, consignada en el manual tarifario; salvo aquellos casos en que la razón de siniestros a primas sea igual o menor a 0,50 en la póliza objeto del estudio. Para estos casos el reconocimiento máximo a otorgar será de hasta un 5% de la prima neta del período en estudio.

Estándares de índice de incidencia para la homologación de la gestión preventiva

Código	Actividad económica	Índice Incidencia
A	Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	200
B	Explotación de minas y canteras	130
C	Industrias manufactureras	90
D	Suministro de electricidad, gas, vapor y aire acondicionado	90
E	Suministro de agua; evacuación de aguas residuales, gestión de desechos y descontaminación	150
F	Construcción	200
G	Comercio por mayor y al por menor; reparación vehículos automotores y motocicletas	70
H	Transporte y almacenamiento	90
I	Actividades de alojamiento y de servicio de comidas	100
J	Información y comunicaciones	10
K	Actividades financieras y de seguros	20
L	Actividades inmobiliarias	60
M	Actividades profesionales, científicas y técnicas	30
N	Actividades de servicios administrativos y de apoyo	70
O	Administración pública y defensa; planes de seguridad social de afiliación obligatoria	100
P	Enseñanza	20
Q	social	70
R	Actividades artísticas, de entretenimiento y recreativas	90
S	Otras actividades de servicios	50
T	Actividades de los hogares como empleadores; actividades no diferenciadas de los hogares como productores de bienes y servicios para uso propio	150
U	Actividades de organizaciones y órganos extraterritoriales	40

b. Pólizas sector público

Cuando se trate de pólizas del sector público, el INS podrá otorgar un certificado en reconocimiento por el desarrollo de la gestión preventiva.

2. Consultorio médico de empresa

a. Pólizas sector privado

En el caso de las pólizas en las que el Tomador del seguro cuente con un consultorio médico, de conformidad con las especificaciones que dicte el INS, podrá otorgársele por única vez un reconocimiento en términos económicos, consistente en una devolución de un porcentaje de la prima neta del último período de vigencia de la póliza, anterior a la fecha de solicitud del reconocimiento.

La cuantía del porcentaje de devolución de prima por aplicar en este reconocimiento dependerá de la clase de consultorio con el que cuente el Tomador del seguro (clase A, B o C).

Existe también la posibilidad de que, a través de un estudio técnico por parte del INS, se determine que un consultorio médico clasifica en una categoría mayor a la que ya mantenía, es decir, que el consultorio médico pase de C a B o de B a A, por lo que podrá otorgársele el reconocimiento económico por la diferencia del porcentaje de la devolución resultante del cambio de categoría.

Según el puntaje total obtenido de la evaluación que realice el INS, se determinará la clasificación del consultorio y así el porcentaje por aplicar para la devolución en los siguientes términos:

Consultorio	Puntaje Obtenido	Devolución
Clase A	de 90 a 100 puntos	5%
Clase B	de 80 a 89 puntos	3.5%
Clase C	de 60 a 79 puntos	2.5%

Nota: El puntaje mínimo para calificar en este programa será de 60 puntos

b. Pólizas sector público

En el caso de las pólizas del sector público, el INS podrá otorgar un certificado por habilitación de consultorio médico.

Cláusula 72. Condiciones para la participación en programas de incentivos

Para participar en los programas de incentivos, el Tomador del seguro deberá presentar solicitud formal por

escrito al INS y deberá cumplir sin excepción, con todas las condiciones que se establecen a continuación:

- La póliza debe tener una antigüedad superior a 2 períodos de vigencia anual continuos.
- Haber pagado puntualmente todas las primas (no poseer períodos de no cobertura durante la vigencia actual y los dos períodos tras anteriores).
- No poseer deudas pendientes con este seguro (casos no asegurados, liquidaciones y otros), salvo que las tenga y estas se encuentran en arreglo de pago, caso en el cual tales arreglos deben estar al día y sus pagos haberse realizado oportunamente.
- Poseer un plan de salud ocupacional en todos los centros de trabajo.

Cláusula 73. Exclusiones para la participación en los programas de beneficios e incentivos

Se excluyen de la participación en los programas de beneficios e incentivos las siguientes modalidades de aseguramiento:

- RT-Adolescente
- RT-Agrícola
- RT Especial Formación Técnica Dual
- RT General (Cuando el tomador del seguro es el único asegurado)
- RT-Hogar
- RT-Ocasional
- Período corto

Cláusula 74. Terminación de participación en programas de beneficios e incentivos

La terminación del contrato de seguro facultará al INS, en caso de así considerarse a dar por finalizada la participación del Tomador del seguro en los programas de beneficios e incentivos.

No obstante, en caso de rehabilitación de la póliza, el Tomador podrá solicitar nuevamente su participación, una vez que cumpla con todas las condiciones solicitadas para participar en el programa.

CAPÍTULO XVI

TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

Cláusula 75. Causas para la terminación del contrato de seguro

A efecto de poder delimitar la responsabilidad subrogada por el INS, se entenderá que la vigencia del seguro se inicia al ser pagada la prima provisional o definitiva que se fije, extendiéndose la cobertura hasta el día de la expiración del seguro. Sin embargo, el INS dará por terminado el contrato de seguro cuando se presente alguna de las siguientes situaciones:

1. Incumplimiento de pago de la prima



La falta de pago en la póliza de cualquier prima o fracción de la misma facultará al INS para la terminación anticipada del contrato de seguro y la liquidación de forma automática de la póliza.

2. Conclusión de la relación laboral



La conclusión de la relación laboral con todos los trabajadores facultará al Tomador del seguro para solicitar por escrito al INS la terminación anticipada del contrato de seguro y la liquidación de su póliza.

Para tal efecto, el Tomador del seguro deberá adjuntar a la solicitud copia de la nota presentada ante la Dirección General de la Inspección de Trabajo, con el sello de recibido, en la que informa sobre la liquidación de todos los trabajadores.

En la modalidad RT Especial Formación Técnica Dual el tomador del seguro deberá presentar una constancia donde se demuestre su exclusión del programa y se entenderá como fecha de terminación del contrato el último día de vigencia de participación en el mismo.

3. No realización del trabajo



La terminación del contrato de seguro por no haberse llevado a cabo las labores para las que fue suscrita la póliza conlleva a la devolución de la prima, menos el costo de emisión y de administración de la póliza establecido en la Norma Técnica.

Para la devolución indicada en el párrafo anterior, el Tomador del seguro deberá presentar una solicitud por escrito con la debida justificación y aportar las pruebas documentales que demuestren que los trabajos no fueron ni serán realizados, y en el caso de las pólizas para actividades de construcción se debe gestionar la anulación del proyecto de conformidad con lo dispuesto al respecto en la Norma Técnica.

4. Finalización anticipada del contrato de seguro



La terminación anticipada del contrato de seguro a solicitud del patrono conlleva la devolución de la prima no devengada a prorrata, menos el costo de emisión y de administración de la póliza establecido en la Norma Técnica, según se detalla:

- Cuando se trate de un seguro de periodo corto, se deducirá un veinticinco por ciento (25%) por concepto de gastos asociados.
- Cuando se trate de una póliza permanente, se realizará la retención de la prima; lo anterior de acuerdo con el siguiente cuadro:

Tiempo transcurrido desde la fecha de emisión o renovación hasta la fecha de cancelación	Porcentaje devengado de la prima anual
Hasta 5 días	14%
Más de 5 días a 35 días	25%
Más de 35 días a 65 días	36%
Más de 65 días a 95 días	46%
Más de 95 días a 125 días	56%
Más de 125 días a 155 días	64%
Más de 155 días a 185 días	72%
Más de 185 días a 215 días	79%
Más de 215 días a 245 días	85%
Más de 245 días a 275 días	90%
Más de 275 días a 355 días	94%
Más de 355 días a 365 días	100%

En todo caso que corresponda la devolución de la prima, la misma se hará dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la solicitud de cancelación.



Es importante señalar, que la terminación del contrato de seguro no libera al INS de su responsabilidad con el trabajador víctima de un infortunio laboral; por tanto, si el patrono no tuviera asegurado al trabajador contra los riesgos del trabajo, el INS atenderá todas las prestaciones señaladas en el Código de Trabajo y acudirá a los tribunales para cobrar al patrono las sumas erogadas, con los intereses del caso, todo sin perjuicio de las sanciones establecidas en la ley para el patrono renuente.

Cláusula 76. Derecho de informar a terceros

La ausencia del Seguro Obligatorio de Riesgos del Trabajo faculta a los inspectores con autoridad, de las municipalidades, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y del INS, para ordenar la paralización de labores o el cierre del establecimiento de que se trate. A este efecto, deberá tenerse en cuenta la naturaleza de los trabajos y el mayor o menor grado de riesgo de los mismos, así como los antecedentes del patrono, sea persona física o jurídica.

El Tomador del seguro es responsable de los salarios que por tal motivo dejen de percibir sus trabajadores.

CAPÍTULO XVII

OTRAS CONDICIONES DEL CONTRATO DE SEGURO

Cláusula 77. Acción subrogatoria

Si el riesgo del trabajo es causado por un tercero responsable, para efectos de que el INS pueda ejercer la acción subrogatoria, es necesario que el lesionado o el Tomador del seguro le presente copia del expediente judicial o en su defecto, un documento judicial en el que se indique el número de expediente y la sede judicial donde se tramita el reclamo judicial hacia ese tercero responsable.

Cláusula 78. Confidencialidad de la información

La información que sea suministrada en virtud de la suscripción de la presente póliza queda tutelada por el derecho a la intimidad y confidencialidad, salvo manifestación por escrito del Tomador del seguro en que se indique lo contrario o por requerimiento de la autoridad judicial.

Cláusula 79. Declaraciones

La información documental que aporte el Tomador del seguro para indemnizaciones o aseguramiento, será tramitada siempre que en ellos se consigne el nombre completo, firma, número de identificación del Tomador del seguro o su representante, y lugar o medio para recibir notificaciones.

Sin perjuicio de los derechos que el Código de Trabajo le otorga al INS, para verificar los detalles y pormenores que se relacionan con cada póliza del Seguro Obligatorio de Riesgos del Trabajo y los riesgos cubiertos, toda información consignada en los siguientes documentos se considera verdadera y el Tomador del seguro responderá por las consecuencias de declaraciones falsas:

- Solicitud de seguro.
- Solicitud de rehabilitación.
- Declaración de obras de construcción.
- Planilla.
- Aviso de accidente o enfermedad de trabajo y orden de atención médica.
- Solicitudes de variaciones a las condiciones de la póliza.

- Información adicional que se suministre a solicitud del INS.

Cláusula 80. Custodia de la información

El Tomador del seguro es responsable de la custodia de la documentación del seguro, los códigos y claves de acceso al sistema RT-Virtual, INS-En línea y, a cualquier otro al que se le otorgue acceso.

Cláusula 81. Resolución de controversias

Cuando el INS y el Tomador del seguro o los trabajadores lo acuerden, las controversias originadas por la aplicación de esta póliza podrán ser resueltas a través de los diferentes medios establecidos en la Ley 7727 del 09/12/1997 sobre Resolución Alternativa de Conflictos y Promoción de la Paz Social, en cualquiera de los centros establecidos en el país creados para la dirección y control de este tipo de procesos.

Cláusula 82. Legislación aplicable

La legislación aplicable será la de la República de Costa Rica. En todo lo que no esté previsto en este contrato de seguro se aplicarán las estipulaciones contenidas en el Código de Trabajo, su reglamento, la Norma Técnica del Seguro Obligatorio de Riesgos del Trabajo, La Ley Reguladora del Mercado de Seguros N° 8653 del 07 de agosto del 2008, la Ley Reguladora del Contrato de Seguros N° 8956 del 12 de setiembre del 2011 y sus Reglamentos.

Cláusula 83. Notificaciones

Toda comunicación relacionada con esta póliza será efectuada por el INS directamente al Tomador del seguro, su representante legal o quien en su nombre ejerza representación, al medio de notificación que haya señalado para tal fin (correo electrónico, fax, domicilio físico, apartado postal), con al menos 30 días hábiles anteriores al vencimiento de la póliza.

El Tomador del seguro deberá reportar por escrito al INS cualquier cambio de dirección, de lo contrario, se tendrá por correcta para todos los efectos, la última dirección reportada.

En caso de que el Tomador del seguro no haya indicado un lugar y/o medio para notificaciones, se procederá de conformidad con lo establecido en la Ley No. 8687 "Ley de Notificaciones Judiciales".

El Tomador del seguro podrá comunicarse al INS por los siguientes medios:



- Teléfono 800-Teleins (800-8353467)
- Fax 2221-2294
- Correo electrónico contactenos@ins-cr.com

Cláusula 84. Leyenda de registro

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros (SUGESE) de conformidad con lo dispuesto en el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro de fecha 20 de agosto del 2025.