

**REQUISITOS**

- I. Original del documento de identificación del interesado, vigente y en buen estado.
- II. Si el interesado (a) autoriza a otra persona para presentar esta solicitud a su nombre, debe aportar:
- Carta de autorización.
  - Fotocopia del documento de identificación del interesado (a).
  - Original del documento de identificación de la persona autorizada, vigente y en buen estado.
- III. A efecto de verificar la actividad económica a exonerar, deberá presentar en original o fotocopia, alguno de los documentos que se citan:
- Permiso sanitario de funcionamiento vigente.
  - Último recibo de la patente pagado o comprobante digital.
  - Permiso o concesión vigente para transporte de personas.
  - Si se encuentra tramitando por primera vez el permiso respectivo, podrá presentar el formulario de solicitud debidamente cumplimentado y sellado por la institución correspondiente o en su defecto, comprobante digital cuando el trámite se pueda realizar en línea. No obstante, en el caso del servicio de transporte de personas, solo debe presentar el formulario de "Solicitud de validación del artículo 194 del Código de Trabajo" debidamente cumplimentado.
  - Cualquier documento de respaldo de la actividad económica, expedido por la entidad reguladora en ese sector.

**DECLARACIÓN DEL INTERESADO (A)**

1. Yo \_\_\_\_\_, número de identificación \_\_\_\_\_, declaro que la información suministrada en este documento es fiel reflejo de las condiciones en que realizaré la actividad, para la cual solicito la validación de conformidad con lo establecido en el artículo 194 del Título IV del Código de Trabajo, que a la letra señala:

"Sin perjuicio de que, a solicitud del interesado, se pueda expedir el seguro contra riesgos del trabajo, estarán excluidos de las disposiciones de este Título:

a) La actividad laboral familiar de personas físicas, entendida ésta como la que se ejecuta entre los cónyuges, o los que viven como tales, entre éstos y sus ascendientes y descendientes, en beneficio común, cuando en forma indudable no exista relación de trabajo.

b) Los trabajadores que realicen actividades por cuenta propia, entendidos como los que trabajan solos o asociados, en forma independiente, y que no devengan salario."

Asimismo, que los datos consignados son veraces y se pueden comprobar en cualquier momento y que, con la firma de este documento doy fe que conozco y acepto la responsabilidad existente por cualquier información suministrada que se compruebe ser falsa, todo de acuerdo con el marco legal costarricense.

**INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA**

2. Nombre del negocio: \_\_\_\_\_

3. Dirección del negocio: \_\_\_\_\_

4. Provincia: \_\_\_\_\_ 5. Cantón: \_\_\_\_\_ 6. Distrito: \_\_\_\_\_

7. Correo electrónico: \_\_\_\_\_

8. Teléfono del negocio: \_\_\_\_\_ 9. Número celular: \_\_\_\_\_

10. Actividad económica del negocio: \_\_\_\_\_

11. La actividad económica señalada anteriormente, la realiza:

Con trabajadores a su cargo

Asociado:

	Nombre del socio	Número identificación
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Con familiares:**

a. Seleccione la o las personas con quien ejecuta la actividad laboral.

b. Selecciones si existe o no relación laboral; es decir, si hay o no remuneración, subordinación y prestación de un servicio.

	¿Existe relación laboral?	Nombre del socio	Número identificación
<input type="checkbox"/> Cónyuge / conviviente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	_____	_____
<input type="checkbox"/> Papá / mamá	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	_____	_____
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	_____	_____
<input type="checkbox"/> Suegro (a)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	_____	_____
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	_____	_____
<input type="checkbox"/> Hijo (a)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	_____	_____
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	_____	_____
<input type="checkbox"/> Hijastro (a)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	_____	_____
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	_____	_____
<input type="checkbox"/> Abuelo (a)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	_____	_____
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	_____	_____
<input type="checkbox"/> Bisabuelo (a)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	_____	_____
<input type="checkbox"/> Nieto (a)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	_____	_____
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	_____	_____
<input type="checkbox"/> Bisnieto (a)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	_____	_____
<input type="checkbox"/> Otros: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	_____	_____
<input type="checkbox"/> Solo			

12. Fecha de solicitud

13. Firma del interesado (a)

**USO EXCLUSIVO DEL INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS**

14. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 194 del Código de Trabajo y una vez analizada la información declarada anteriormente por la persona interesada, se tiene como resultado que:

**No está en la obligación de tomar la póliza del Seguro Obligatorio de Riesgos del Trabajo.**

Por tanto, esta condición rige a partir de la fecha de esta validación y se extenderá hasta un año calendario.

Sin embargo, esta condición cesará automáticamente si los aspectos declarados en esta solicitud que consta en poder del Instituto Nacional de Seguros varían, o se inicia una relación laboral en los términos del Código de Trabajo, por lo que la persona interesada quedará obligada a adquirir la póliza del Seguro Obligatorio de Riesgos del Trabajo.

**Debe adquirir la póliza del Seguro Obligatorio de Riesgos del Trabajo.**

15. Fecha validación

16. Sede

17. Revisado

18. Sello de Autorizado