

**SEGURO OBLIGATORIO DE RIESGOS DEL TRABAJO
CONDICIONES GENERALES**

TABLA DE CONTENIDO

COMPROMISO DE LA ASEGURADORA	4
SECCIÓN I BASES DEL CONTRATO	5
CLÁUSULA 1. ÁMBITO DE APLICACIÓN	5
CLÁUSULA 2. DOCUMENTOS CONTRACTUALES	5
CLÁUSULA 3. OBLIGATORIEDAD DEL SEGURO	5
CLÁUSULA 4. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA	5
SECCIÓN II DEFINICIONES	6
CLÁUSULA 5. TÉRMINOS Y DEFINICIONES	6
SECCIÓN III COBERTURA	10
CLÁUSULA 6. ÁMBITO DE COBERTURA	10
CLÁUSULA 7. SUMINISTRO DE PRESTACIONES	11
CLÁUSULA 8. PARTICIPACIÓN EN PROGRAMAS DE INCENTIVOS	11
SECCIÓN IV PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA	11
CLÁUSULA 9. VIGENCIA DE LA PÓLIZA	11
CLÁUSULA 10. PÓLIZAS DEL TOMADOR DEL SEGURO	11
CLÁUSULA 11. CLASIFICACIÓN DE LAS PÓLIZAS	12
CLÁUSULA 12. PERSONAS ASEGURADAS	13
CLÁUSULA 13. ALCANCE DE LA COBERTURA	14
SECCIÓN V OBLIGACIONES DEL TOMADOR DEL SEGURO	14
CLÁUSULA 14. OBLIGACIONES DEL TOMADOR DEL SEGURO	14
SECCIÓN VI CALCULO MONTO ASEGURADO	15
CLÁUSULA 15. MONTO ASEGURADO EN PÓLIZAS DE PERIODO CORTO	15
CLÁUSULA 16. MONTO ASEGURADO EN PÓLIZAS PERMANENTES	15
SECCIÓN VII TARIFACIÓN DEL SEGURO	17
CLÁUSULA 17. TARIFA DE EMISIÓN	17
CLÁUSULA 18. TARIFA DE REHABILITACIÓN	17
CLÁUSULA 19. TARIFA DE RENOVACIÓN	17
CLÁUSULA 20. RECARGOS Y DESCUENTOS A LA TARIFA	18
SECCIÓN VIII PRIMAS DEL SEGURO	18
CLÁUSULA 21. PRIMA	18
CLÁUSULA 22. FRACCIONAMIENTO DE LA PRIMA	18

**SEGURO OBLIGATORIO DE RIESGOS DEL TRABAJO
CONDICIONES GENERALES**

CLÁUSULA 23. PLAZO PARA EL PAGO DE LA PRIMA	19
CLÁUSULA 24. RECARGOS A LA PRIMA	19
CLÁUSULA 25. DOMICILIO DE PAGO DE PRIMAS	19
CLÁUSULA 26. DEDUCIBLE	20
SECCIÓN IX LIQUIDACIÓN DE LA PÓLIZA	20
CLÁUSULA 27. PROCESO DE LIQUIDACIÓN	20
CLÁUSULA 28. MONTO CONSUMIDO DEL PERIODO	20
CLÁUSULA 29. PRIMA NETA DEL PERIODO	20
CLÁUSULA 30. APLICACIÓN AUTOMÁTICA DEL SOBRANTE DE LIQUIDACIÓN	21
CLÁUSULA 31. DEVOLUCIÓN DEL SOBRANTE DE LIQUIDACIÓN	21
CLÁUSULA 32. DEVENGO DE LA PRIMA	21
SECCIÓN X REGISTRO DE TRABAJADORES	21
CLÁUSULA 33. SISTEMA RT-VIRTUAL	21
CLÁUSULA 34. ASEGURAMIENTO DE NUEVOS TRABAJADORES	22
CLÁUSULA 35. CALENDARIO ANUAL DE PLANILLAS	22
CLÁUSULA 36. DECLARACIÓN PERIÓDICA DE PLANILLAS	22
CLÁUSULA 37. PROCEDIMIENTO EN CASO DE NO RECIBIRSE LA PLANILLA	23
CLÁUSULA 38. PLAZO PARA LA EXCLUSIÓN DE NUEVOS TRABAJADORES	23
CLÁUSULA 39. PLAZO PARA ANULAR LA DECLARACIÓN DE PLANILLA E INCLUSIÓN DE ASEGURADOS	23
SECCIÓN XI DISPOSICIONES SOBRE RECLAMOS	24
CLÁUSULA 40. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO	24
CLÁUSULA 41. PLAZO PARA DENUNCIAR EL SINIESTRO	26
CLÁUSULA 42. DETERMINACIÓN DE CASOS NO ASEGURADOS	26
CLÁUSULA 43. DISPOSICIONES SOBRE CASOS NO ASEGURADOS	27
CLÁUSULA 44. DETERMINACIÓN DE CASOS NO AMPARADOS	27
CLÁUSULA 45. DISPOSICIONES SOBRE CASOS NO AMPARADOS	27
CLÁUSULA 46. ACEPTACIÓN DE CASOS POR EXCEPCIÓN	27
SECCIÓN XII SUMINISTRO DE PRESTACIONES	28
CLÁUSULA 47. PRESTACIONES MÉDICAS	28
CLÁUSULA 48. PRESTACIONES EN DINERO	28
CLÁUSULA 49. PERDIDA DE BENEFICIOS DE LOS ASEGURADOS	32
CLÁUSULA 50. PLAZO PARA EL RECLAMO DE PRESTACIONES	32

**SEGURO OBLIGATORIO DE RIESGOS DEL TRABAJO
CONDICIONES GENERALES**

SECCIÓN XIII PAGO DE PRESTACIONES EN DINERO	32
CLÁUSULA 51. DECLINACIÓN Y APELACIÓN EN PAGO DE INDEMNIZACIONES	32
CLÁUSULA 52. COBRO AJUSTE DE PRESTACIONES ECONÓMICAS	33
CLÁUSULA 53. PLAZO DE RESOLUCIÓN DE RECLAMOS	33
CLÁUSULA 54. PRESCRIPCIÓN	33
SECCIÓN XIV BENEFICIARIOS	33
CLÁUSULA 55. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS	33
SECCIÓN XV MODIFICACIONES AL CONTRATO	35
CLÁUSULA 56. MODIFICACIONES EN LA PÓLIZA	35
CLÁUSULA 57. FUSIÓN DE DOS O MAS PÓLIZAS	35
CLÁUSULA 58. MODIFICACIÓN DEL MONTO ASEGURADO	36
CLÁUSULA 59. CAMBIO EN LA FORMA DE PAGO	36
CLÁUSULA 60. MODIFICACIÓN EN LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA ...	36
CLÁUSULA 61. EXTENSIÓN DE VIGENCIA EN PÓLIZAS DE PERIODO CORTO	36
CLÁUSULA 62. MODIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA	37
CLÁUSULA 63. SUSPENSIÓN TEMPORAL DEL SEGURO	37
CLÁUSULA 64. REACTIVACIÓN DEL SEGURO	37
CLÁUSULA 65. OTRAS MODIFICACIONES AL CONTRATO	37
SECCIÓN XVI TERMINACIÓN DEL SEGURO	38
CLÁUSULA 66. CAUSAS PARA LA TERMINACIÓN DEL SEGURO	38
CLÁUSULA 67. DERECHO DE INFORMAR A TERCEROS	38
SECCIÓN XVII OTRAS CONDICIONES DEL CONTRATO	39
CLÁUSULA 68. SUBROGACIÓN	39
CLÁUSULA 69. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN	39
CLÁUSULA 70. DECLARACIONES	39
SECCIÓN XVIII RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS	40
CLÁUSULA 71. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS	40
CLÁUSULA 72. LEGISLACIÓN APLICABLE	40
SECCIÓN XIX COMUNICACIONES	40
CLÁUSULA 73. COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES	40
CLÁUSULA 74. NOTIFICACIONES	40
SECCIÓN XX LEYENDA DE REGISTRO	41
CLÁUSULA 75. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA GENERAL DE SEGUROS	41

**SEGURO OBLIGATORIO DE RIESGOS DEL TRABAJO
CONDICIONES GENERALES****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 **Instituto**, expide la presente póliza de acuerdo con las Condiciones Generales 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 y cualesquier declaración necesaria para la emisión y el pago de la prima estipulada, que formaran 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 Instituto.

INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

Licda. Lucía Fernández Sáenz
Gerente General
Cédula Jurídica 400000-1902-22

SEGURO OBLIGATORIO DE RIESGOS DEL TRABAJO CONDICIONES GENERALES

SECCIÓN I BASES DEL CONTRATO

CLÁUSULA 1. ÁMBITO DE APLICACIÓN

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

CLÁUSULA 2. DOCUMENTOS CONTRACTUALES

Constituyen esta póliza: la Solicitud del seguro, las Condiciones particulares, especiales y generales, la Norma Técnica del Seguro Obligatorio de Riesgos del Trabajo, así como los adenda; los cuales son los únicos documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes.

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

- 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 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 treinta (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.

**SEGURO OBLIGATORIO DE RIESGOS DEL TRABAJO
CONDICIONES GENERALES****SECCIÓN II DEFINICIONES****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:

- 1. ACCIDENTE DE TRABAJO:** Es el accidente que le ocurra al trabajador, con ocasión o por consecuencia del trabajo que desempeña, durante el tiempo que permanece bajo la dirección y dependencia del patrono o sus representantes en forma subordinada y remunerada, así como la agravación o reagravación que resulte como consecuencia directa, inmediata e indudable de ese accidente que pueden producirle la muerte, pérdida o reducción temporal o permanente de la capacidad para el trabajo. También calificará como accidente de trabajo el que ocurra al trabajador en las circunstancias que se detallan en el artículo 196 del Código de Trabajo.
- 2. ACTIVIDAD ECONÓMICA:** Se refiere a la actividad que se dedica el Tomador del seguro, catalogada conforme a la Clasificación Industrial Internacional Uniforme publicada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), vigente al momento de la suscripción, rehabilitación o estudio de experiencia de la póliza.
- 3. ASEGURADO:** Es el trabajador que aparece incluido en la última “Declaración de planilla” o “Inclusión de asegurados” registrada en la póliza, de conformidad con lo dispuesto en la SECCION X REGISTRO DE TRABAJADORES.
- 4. AUMENTO DE SEGURO:** Proceso mediante el cual se incrementa el monto asegurado proyectado, por cuanto este es insuficiente para cubrir el período de vigencia de la póliza.
- 5. AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD DE TRABAJO Y ORDEN DE ATENCIÓN MÉDICA:** Es el formulario mediante el cual el Tomador del seguro informa al Instituto 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 Instituto para este fin.
- 6. BENEFICIARIO:** Es la persona física que cuando un riesgo del trabajo produzca la muerte del trabajador tendrá derecho a una renta anual pagadera en dozavos, según lo dispuesto en el artículo 243 del Código de Trabajo.
- 7. CASO NO AMPARADO:** Es aquel accidente o enfermedad reportada por el Tomador del seguro como riesgo de trabajo, pero que durante el trámite del reclamo o la atención médica, el Instituto determina que no corresponde a un riesgo de trabajo y la atención debe ser asumida por otro Régimen de Seguridad Social.
- 8. CASO NO ASEGURADO:** Es aquel accidente o enfermedad laboral reportado al Instituto, pero que durante el trámite del reclamo se halló un incumplimiento del Tomador del seguro con relación a la obligación de asegurar a sus trabajadores de previo a la ocurrencia del evento, de conformidad con lo dispuesto en la SECCIÓN X REGISTRO DE TRABAJADORES y la SECCION XI DISPOSICIONES SOBRE RECLAMOS.

**SEGURO OBLIGATORIO DE RIESGOS DEL TRABAJO
CONDICIONES GENERALES**

- 9. CONTRATISTA:** Es toda persona física o jurídica que contrata los servicios de otra u otras, para que ejecuten un trabajo en beneficio de un tercero.
- 10. CONTRATO DE SEGURO:** Lo constituye las presentes Condiciones Generales, la Solicitud del Seguro, las Condiciones Particulares, Especiales, la Norma Técnica del Seguro Obligatorio de Riesgos del Trabajo, los addenda que se agreguen a esta y cualquier declaración del Tomador del seguro relativa al riesgo. En cualquier parte de este Contrato donde se use la expresión “esta póliza” se entenderá que incluye la documentación ya mencionada.
- 11. CONTRATO DE TRABAJO:** Es aquel en que se obliga a una persona prestar a otra sus servicios o ejecutarle una obra, bajo la dependencia directa o delegada de ésta, a cambio de una retribución de cualquier clase o forma. El contrato de trabajo puede ser verbal o escrito y se presume su existencia entre quienes prestan sus servicios y quienes los reciben.
- 12. DECLARACIÓN DE 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 Instituto.
- 13. DECLARACIÓN DE SUBCONTRATO DE CONSTRUCCIÓN:** Es el formulario que presenta el Tomador del seguro, para comunicar al Instituto la información requerida de los subcontratos en un proyecto de construcción.
- 14. 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.
- 15. ENFERMEDAD DE TRABAJO:** Es todo estado patológico que resulte de la acción continuada de una causa, que tiene su origen o motivo en el propio trabajo o en el medio y condiciones en que el trabajador labora, y debe establecerse que éstos han sido la causa de la enfermedad.
- 16. ESTUDIO DE EXPERIENCIA:** Ponderación que realiza el Instituto 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 del seguro.
- 17. EXCLUSIÓN DE NUEVOS TRABAJADORES:** Es el formulario mediante el cual el Tomador del seguro solicita al Instituto la exclusión inmediata en la póliza de un trabajador que fue reportado mediante el formulario de “Inclusión de asegurados”. Este formulario se debe completar por medio del sistema RT-Virtual u otro medio que expresamente defina el Instituto para este fin.
- 18. EXTENSIÓN DEL SEGURO:** Procedimiento efectuado por el Instituto, cuando el Tomador del seguro ha suscrito una póliza de período corto de la cual requiere extender la vigencia original del contrato.
- 19. INCAPACIDAD:** Pérdida o disminución de facultades o aptitudes, que imposibilitan al trabajador a desempeñar su trabajo, en forma temporal o permanente.

**SEGURO OBLIGATORIO DE RIESGOS DEL TRABAJO
CONDICIONES GENERALES**

- 20. INCLUSIÓN DE ASEGURADOS:** Es el formulario mediante el cual el Tomador del seguro informa al Instituto la contratación de un nuevo trabajador y solicita su inclusión inmediata en la póliza. Este formulario se debe completar por medio del sistema RT-Virtual u otro medio que expresamente defina el Instituto para este fin.
- 21. INSTITUTO:** Instituto Nacional de Seguros.
- 22. INTERMEDIARIO:** Es toda persona física o jurídica que contrata los servicios de otra u otras para que ejecuten un trabajo en beneficio de un tercero, pero no emplea su propio capital para realizar sus funciones y el trabajo encargado.
- 23. LESIONADO:** Es toda persona física que sufre un accidente o una enfermedad durante el ejercicio de su trabajo, en los términos contemplados en los artículos 195, 196 y 197 del Código de Trabajo.
- 24. LIQUIDACIÓN DE PÓLIZA:** Es un estado de cuenta que se emite al finalizar cada período de vigencia de la póliza, en el que se muestra los sobrantes o faltantes de prima en dicho período.
- 25. MANTENIMIENTO DOMÉSTICO:** Se refiere a las labores que se realizan para corregir o reparar averías o defectos en casas de habitación, excluyendo los trabajos de servicio doméstico, ampliaciones o cambios estructurales en dicho lugar.
- 26. MANUAL TARIFARIO:** Es el documento que contiene las tarifas por actividad económica, autorizadas por la Superintendencia General de Seguros (SUGESE), para el Seguro de Riesgos del Trabajo del Instituto.
- 27. MONTO ASEGURADO:** Es la estimación de la totalidad de salarios a pagar por el Tomador del seguro a sus trabajadores, durante el período de vigencia asegurado en la póliza.
- 28. MONTO CONSUMIDO:** Es la sumatoria del monto de las planillas y/o de mano de obra cuando se trata de actividades u obras de construcción ejecutadas, durante un determinado período. Este monto se obtiene de la liquidación de dicho período.
- 29. MONTO DE MANO DE OBRA:** Es el monto estimado por el Tomador del seguro para un proyecto u obra de construcción, mediante el formulario “Solicitud de inclusión de proyecto de construcción”.
- 30. PATRONO:** Es toda persona física o jurídica, que emplea los servicios de otra o más personas, en virtud de un contrato de trabajo, expreso o implícito, verbal o escrito, individual o colectivo, utilizando su propio capital.
- 31. PLANILLA SUSTITUIDA:** Es la planilla que se registra de forma automática ante la omisión del reporte “Declaración de planilla”, tomando como referencia los datos de la última planilla registrada en la póliza antes de la omisión.

**SEGURO OBLIGATORIO DE RIESGOS DEL TRABAJO
CONDICIONES GENERALES**

- 32. PÓLIZA:** Se refiere al Contrato de Seguro.
- 33. PRIMA:** Es el monto provisional que estima el Instituto al inicio de cada período de vigencia de la póliza, como contraprestación por la cobertura de Riesgos de Trabajo que el Instituto asume, tomando como base las declaraciones de planilla, proyectos, subcontratos y otros.
- 34. PRIMA NETA:** Se refiere a la prima que se obtiene de la liquidación de póliza para un determinado período de vigencia.
- 35. PRIMA TOTALMENTE DEVENGADA (PTD):** Se determina PTD aquellas liquidaciones cuyo resultado es menor o igual al costo mínimo de emisión y administración de la póliza fijado por el Instituto en la Norma Técnica del Seguro Obligatorio de Riesgos del Trabajo; o bien, cuando se trata de pólizas que no son liquidables según lo dispuesto en la CLAUSULA 32. DEVENGO DE LA PRIMA.
- 36. REAPERTURA:** Se refiere al trámite que se realiza cuando un caso se encuentra cerrado por estar en condición de alta por el médico tratante, y es reabierto a solicitud del asegurado.
- 37. 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.
- 38. RT:** Riesgos del Trabajo.
- 39. RT-VIRTUAL:** Es el sistema informático del Seguro de Riesgos del Trabajo, disponible en la página web del Instituto, por medio del cual el Tomador del seguro o las personas autorizadas por éste, pueden realizar consultas y trámites relacionados con su póliza.
- 40. SALARIO:** Se refiere a la remuneración que el patrono debe pagar al trabajador, en virtud del contrato de trabajo.
- 41. 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.
- 42. SERVICIO DOMÉSTICO:** Son aquellas labores que se realizan en forma habitual y continua, tales como aseo, cocina, asistencia y demás, propias de un hogar, residencia o habitación particular, que no importen lucro o negocio para el Tomador del seguro.
- 43. SINIESTRALIDAD:** Se refiere a la sumatoria de los costos que se hayan generado durante un período, por concepto de incapacidad temporal, incapacidad permanente, servicios médicos contratados, medicamentos, exámenes y servicios de salud otorgados directamente por el Instituto, en la atención y recuperación de los lesionados.
- 44. SOLICITUD DE INCLUSIÓN DE PROYECTO DE CONSTRUCCIÓN:** Es el formulario que presenta el Tomador del seguro, a efecto de declarar ante el Instituto la información relevante en cuanto al proyecto u obra a desarrollar.-

SEGURO OBLIGATORIO DE RIESGOS DEL TRABAJO CONDICIONES GENERALES

- 45. SUBCONTRATISTA:** Es la persona física o jurídica que asume contractualmente ante el contratista u otro subcontratista, la ejecución de determinadas partes de una obra o actividad de cualquier tipo y que está inscrita como patrono activo y al día ante la Caja Costarricense de Seguro Social.
- 46. SUBROGACIÓN:** Proceso legal mediante el cual el Instituto recupera del tercero responsable del accidente, los gastos incurridos con motivo de la atención de ese accidente laboral, en los términos definidos en el artículo 306 del Código de Trabajo.
- 47. SUBSIDIO SALARIAL:** Es la suma en dinero que se otorga durante el período de incapacidad temporal al trabajador que ha sufrido un riesgo de trabajo.
- 48. TARIFA:** Se refiere a la tasa porcentual que se aplica sobre el monto asegurado o monto de mano de obra, para determinar la prima del seguro.
- 49. TOMADOR DEL SEGURO:** Es la persona física o jurídica que contrata el seguro, en su condición de patrono o trabajador independiente.
- 50. TRABAJADOR:** Es toda persona física que presta a otra u otras sus servicios materiales, intelectuales o ambos, en virtud de un contrato de trabajo. El trabajador puede laborar en forma asalariada o independiente.
- 51. 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.

SECCIÓN III COBERTURA

CLÁUSULA 6. ÁMBITO DE COBERTURA

Esta póliza ampara los riesgos del trabajo, que ocurran dentro del territorio costarricense, que comprende, además del natural o geográfico, el mar territorial, el espacio aéreo que los cubre y la plataforma continental. No obstante, el Instituto extenderá la cobertura fuera del país, cuando se tratare de empresas o actividades que por su índole, deban realizarse ocasional o permanentemente, fuera del ámbito geográfico de la República. Esta protección se otorga sin costo adicional y no será necesario presentar ningún reporte previo al viaje.

Esta cobertura opera bajo la modalidad de “Reintegro de facturas” definida en punto 7 de la CLÁUSULA 48. PRESTACIONES EN DINERO, por lo que en caso de presentarse un evento en estas circunstancias, el asegurado deberá asistir al centro médico de emergencia más cercano.

Asimismo, el Instituto extenderá sin costo adicional la cobertura de la póliza del Tomador del seguro, para las actividades recreativas, deportivas y de responsabilidad social empresarial, siempre que sean organizadas, financiadas y dirigidas por éste y se 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.

SEGURO OBLIGATORIO DE RIESGOS DEL TRABAJO CONDICIONES GENERALES

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

El Tomador del seguro deberá garantizar la salud ocupacional de los trabajadores, conforme a los términos del Código de Trabajo, su reglamento y los reglamentos de salud ocupacional que se promulguen.

CLÁUSULA 7. SUMINISTRO DE PRESTACIONES

La cobertura del presente contrato de seguro cubre las prestaciones reguladas conforme a los artículos 218 y 219 del Código de Trabajo y su reglamento. Cualquier cláusula de este contrato que se le oponga, resulta absolutamente nula.

CLÁUSULA 8. PARTICIPACIÓN EN PROGRAMAS DE BENEFICIOS E INCENTIVOS

El Tomador del seguro que posea una póliza permanente en estado vigente, diferente a RT-Sector Público, RT-Independiente, RT-Adolescente, RT-Ocasional, RT-Hogar y RT-Agrícola, con una antigüedad superior a dos períodos de vigencia anual continuos, podrá participar en los programas de beneficios e incentivos que a discreción del Instituto se considere pertinente otorgar, de conformidad con lo estipulado en la Norma Técnica del Seguro Obligatorio de Riesgos del Trabajo.

SECCIÓN IV PLAN DE SEGURO Y VIGENCIA

CLÁUSULA 9. VIGENCIA DE LA PÓLIZA

Para las pólizas permanentes la vigencia se establece por un año calendario, que iniciará en la fecha indicada en las Condiciones Particulares y terminará el día de la fecha del aniversario siguiente, siempre y cuando se haya pagado la prima, entendiéndose prorrogable automática e indefinidamente por periodos anuales.

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

CLÁUSULA 10. 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 cada contrato, considerando los elementos detallados en la CLÁUSULA 20. **RECARGOS Y DESCUENTOS A LA TARIFA.**

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:

1. 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.

SEGURO OBLIGATORIO DE RIESGOS DEL TRABAJO CONDICIONES GENERALES

2. Si el Tomador del seguro posee una póliza cancelada, ésta se rehabilitará de la forma que se indica en las SECCIONES VI CALCULO MONTO ASEGURADO y VII TARIFACION DEL SEGURO.
3. Si el Tomador del seguro posee más de una póliza suscrita con la misma actividad económica, se procederá de conformidad con lo señalado en la CLAUSULA 57. FUSIÓN DE DOS O MAS PÓLIZAS.

CLÁUSULA 11. CLASIFICACIÓN DE LAS PÓLIZAS

Las pólizas del Seguro de Riesgos del Trabajo se clasifican en los siguientes grupos:

1. SEGÚN SU PERÍODO DE VIGENCIA

- a. Pólizas de período corto:** Son pólizas de carácter temporal, que tienen su inicio y fin en una fecha conocida, y cuya duración es menor a un año calendario. Se deben pagar por adelantado y en un solo tracto, previo a la fecha de inicio de vigencia de la póliza.
- b. Pólizas permanentes:** Son pólizas suscritas para cubrir actividades cuya duración es igual o superior a un año calendario.

2. SEGÚN SUS CARACTERÍSTICAS

- a. RT-Adolescente:** Son pólizas permanentes adquiridas por personas físicas entre 15 años y menores de 18 años, en estricto apego a lo dispuesto en los artículos 86, 92 y 100 de la Ley 7739 “Ley de protección a 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 este tipo de póliza el aseguramiento es voluntario y el único asegurado es el Tomador del seguro. Además, el Instituto brindará un subsidio del 25% de la prima, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 4 del citado Reglamento.

- b. RT-Agrícola:** Son pólizas permanentes adquiridas por personas físicas o jurídicas en su condición de micro y pequeños productores de fincas agrícolas, para proteger a un máximo de diez (10) trabajadores que realizan actividades tanto de mantenimiento como de recolección de cosechas en esas fincas.
- c. RT-Construcción:** Son pólizas de período corto adquiridas por personas físicas o jurídicas para asegurar labores de construcción, pero en su condición de patronos no se dedican en forma permanente a la actividad de construcción.
- d. RT-Cosechas:** Son pólizas de período corto adquiridas por personas físicas o jurídicas en su condición de patronos, para asegurar a los trabajadores que efectúan la recolección de cosechas, cuyas labores se realizan por períodos o épocas específicas del año.

SEGURO OBLIGATORIO DE RIESGOS DEL TRABAJO CONDICIONES GENERALES

- e. RT-General:** Son pólizas permanentes o de período corto, adquiridas por personas físicas o jurídicas en su condición de patronos, para asegurar a sus trabajadores.
- f. RT-Hogar:** Son pólizas permanentes adquiridas por personas físicas en su condición de patronos, para asegurar a un máximo de dos (2) trabajadores de servicio doméstico que contrate y adicionalmente, un trabajador ocasional para actividades de mantenimiento doméstico que se presente un máximo de tres (3) días al mes, cuyos trabajos se ejecutan en las casas de habitación declaradas por el Tomador del seguro.

Se excluyen de este producto las labores relacionadas con limpieza de edificios, oficinas, hoteles y otros establecimientos.

- g. RT-Independiente:** Son pólizas permanentes adquiridas por personas físicas en su condición de trabajador independiente. El Tomador del seguro deberá estar inscrito en el Sistema de Identificación de Contribuyentes del Ministerio de Hacienda como contribuyente independiente en la actividad en la cual desea asegurarse.

En este tipo de póliza el aseguramiento es voluntario según el artículo 194 del Código de Trabajo y el único asegurado es el Tomador del seguro, le cubre sólo los siniestros que ocurran y tengan relación con la actividad económica asegurada. Además, estas pólizas poseen un recargo del 40% en la tarifa, por concepto de siniestralidad y cobertura de 24 horas.

- h. RT-Ocasional:** Son pólizas permanentes adquiridas por personas físicas en su condición de patronos, para amparar a los trabajadores contratados eventualmente para realizar actividades de mantenimiento doméstico ocasional, en la casa de habitación, lote o terreno declarado por el Tomador del seguro.

Esta póliza cubre un máximo de 40 horas-hombre de trabajo por mes, es decir, la sumatoria de las horas laboradas por todas las personas durante el mes no puede exceder las 40 horas.

Se excluyen de este producto las labores relacionadas con el servicio doméstico, actividades de agricultura y los trabajos afines a las actividades de construcción, que impliquen remodelación o movimientos de tierra.

- i. RT-Patrono Asegurado:** Son pólizas permanentes adquiridas por personas físicas en su condición de patronos, en las cuales se asegura tanto el Tomador del seguro como a los trabajadores.

CLÁUSULA 12. PERSONAS ASEGURADAS

Para los efectos de esta póliza, se consideran asegurados los trabajadores, aprendices y otras personas semejantes aunque, en razón de su falta de pericia, no reciban salario.

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.

SEGURO OBLIGATORIO DE RIESGOS DEL TRABAJO CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA 13. ALCANCE DE LA COBERTURA

Las prestaciones que otorgará esta póliza serán las dispuestas en los artículos 218 y 219 del Código de Trabajo:

PRESTACIONES	
MEDICAS	EN DINERO
- Asistencia médico-quirúrgica	- Subsidio por incapacidad temporal
- Hospitalaria	- Rentas por incapacidad permanente
- Farmacéutica	- Rentas por muerte del trabajador
- Rehabilitación	- Gastos de traslado
- Prótesis y aparatos ortopédicos	- Gastos de funeral
- Readaptación, reubicación y rehabilitación laboral	- Gastos de hospedaje y alimentación

SECCIÓN V OBLIGACIONES DEL TOMADOR DEL SEGURO

CLÁUSULA 14. OBLIGACIONES DEL TOMADOR DEL SEGURO

De conformidad con lo estipulado en los artículos 219 y 284 del Código de Trabajo, en relación con los riesgos del trabajo, el Tomador del seguro queda obligado a:

1. Indagar todos los detalles, circunstancias y testimonios, referentes a los riesgos del trabajo que ocurran a sus trabajadores, y remitirlos al Instituto vía herramienta electrónica (RT Virtual).
2. Denunciar al Instituto Nacional de Seguros todo riesgo del trabajo que ocurra, dentro de los ocho (8) días hábiles siguientes a su acaecimiento. La denuncia extemporánea originará responsabilidad del patrono ante el Instituto -la cual será exigible por la vía ejecutiva -, por las agravaciones o complicaciones sobrevenidas como consecuencia de la falta de atención oportuna.
3. Cooperar con el Instituto 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 Instituto asegurador crea conveniente realizar.
4. Remitir al Instituto cada mes como máximo, un estado de planillas en el que se indique el nombre y apellidos completos de los trabajadores de su empresa, días y horas laborados, salarios pagados y cualesquiera otros datos que se soliciten.
5. Adoptar las medidas preventivas que señalen las autoridades competentes conforme a los reglamentos en vigor, en materia de salud ocupacional.
6. 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.

SEGURO OBLIGATORIO DE RIESGOS DEL TRABAJO CONDICIONES GENERALES

7. 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.
8. 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.
9. Proporcionar el equipo y elemento de protección personal y de seguridad en el trabajo y asegurar su uso y funcionamiento.
10. Establecer las comisiones de salud ocupacional que sean necesarias cuando en cada centro de trabajo se ocupen diez (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.
11. Establecer departamentos u oficinas de salud ocupacional cuando se ocupen permanentemente, más de cincuenta (50) trabajadores.

SECCIÓN VI CALCULO MONTO ASEGURADO

CLÁUSULA 15. MONTO ASEGURADO EN PÓLIZAS DE PERIODO CORTO

1. **ACTIVIDADES DE CONSTRUCCIÓN:** El monto asegurado se calculará con base al valor total de la obra y el porcentaje de mano de obra establecido de conformidad con la Norma Técnica del Seguro Obligatorio de Riesgos del Trabajo para pólizas de construcción.
2. **ACTIVIDADES DE PRODUCCIÓN:** El monto asegurado se determinará considerando la producción estimada por el Tomador del seguro y el precio de recolección según la unidad de medida respectivo. Dicho precio de recolección, no podrá ser inferior al precio mínimo fijado en el Decreto de Salarios Mínimos vigente al momento del cálculo, cuando corresponda.
3. **OTRAS ACTIVIDADES:** El monto asegurado para actividades que no han sido contempladas en los incisos anteriores, corresponderá a la suma total de salarios que se indique en el contrato firmado entre las partes; o en su defecto en la planilla consignada en la Solicitud de seguro.

CLÁUSULA 16. MONTO ASEGURADO EN PÓLIZAS PERMANENTES

1. **ACTIVIDADES AGRÍCOLAS:** El monto asegurado en las pólizas RT-Agrícola, se determinará considerando la cantidad de trabajadores (máximo 10) y el salario mensual de un trabajador no calificado fijado en el Decreto de Salarios Mínimos vigente al momento del cálculo.

El monto asegurado en las pólizas para actividades agrícolas para más de 10 trabajadores, se calculará con base en la planilla mensual estimada por el Tomador del seguro en la solicitud del seguro y en caso de renovación, considerando el promedio de las últimas tres (3) planillas registradas en la póliza al momento de realizar el cálculo.

SEGURO OBLIGATORIO DE RIESGOS DEL TRABAJO CONDICIONES GENERALES

En caso de que la póliza tenga forma de pago trimestral o semestral, el monto asegurado para cada abono se establecerá con base en las planillas registradas en el período vigente de la póliza. De no existir planillas presentadas o sustituidas, se considerará el monto asegurado del último período de vigencia de la póliza.

- 2. ACTIVIDADES DE CONSTRUCCIÓN:** El monto asegurado se determinará con base a la suma de los montos de mano de obra declarados por el Tomador del seguro, en el o los formularios “Solicitud de inclusión de proyecto de construcción” y “Declaración de subcontrato de construcción”.

De no existir proyectos de construcción, el monto asegurado se calculará con base en la planilla mensual estimada por el Tomador del seguro en la solicitud del seguro o en caso de renovación, se considerará el promedio de las últimas tres (3) planillas registradas en la póliza al momento de realizar el cálculo.

Si la póliza tiene forma de pago trimestral o semestral, el monto asegurado para cada abono se establecerá con base en las planillas registradas en el período vigente de la póliza. De no existir planillas presentadas o sustituidas, se considerará el monto asegurado del último período de vigencia de la póliza.

- 3. ACTIVIDADES INDEPENDIENTES:** El monto asegurado se determinará con base a los ingresos netos reales, reportados en la Declaración Personal del Impuesto sobre la Renta presentada al Ministerio de Hacienda, la cual debe corresponder al ejercicio fiscal inmediato anterior a la fecha de emisión del seguro.

Si el Tomador del seguro demuestra que está iniciando la actividad, el monto asegurado se determinará con base en el salario mínimo de la ocupación fijado en el Decreto de Salarios Mínimos vigente al momento del cálculo.

Para el cálculo de renovación, se considerará el monto asegurado del último período póliza agregándole el porcentaje por concepto de ajustes salariales, correspondiente a la variación interanual del índice de precios al consumidor, valor que se ajusta mensualmente por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). No obstante, el Tomador del seguro podrá solicitar ajustar el monto asegurado a sus ingresos netos reales, con base a la Declaración Personal del Impuesto sobre la Renta presentada al Ministerio de Hacienda, del ejercicio fiscal inmediato anterior a la fecha de renovación.

En caso de que el cálculo del monto asegurado resulte inferior al cálculo del ingreso anual considerando el decreto de salarios mínimos, se tomará el salario de la ocupación de dicho decreto como base para el cálculo.

- 4. OTRAS ACTIVIDADES:** El monto asegurado para actividades que no han sido contempladas en los incisos anteriores, se calculará con base en la planilla mensual estimada por el Tomador del seguro en la solicitud del seguro o en caso de renovación, considerando el promedio de las últimas tres (3) planillas registradas en la póliza al momento de realizar el cálculo.

En caso de que la póliza tenga forma de pago trimestral o semestral, el monto asegurado para cada abono se establecerá con base en las planillas registradas en el período vigente de la póliza. De no existir planillas presentadas o sustituidas, se considerará el monto asegurado del último período de vigencia de la póliza.

SEGURO OBLIGATORIO DE RIESGOS DEL TRABAJO CONDICIONES GENERALES

No obstante, para la renovación o el abono, el Tomador del seguro podrá presentar por escrito ante el Instituto, su propia proyección de planillas a consumir para el período, a fin de ajustar el monto asegurado a su realidad.

El monto asegurado podrá ser revisado de oficio por el Instituto o a solicitud del Tomador del seguro, dentro del período de vigencia de la póliza, para determinar si existen variaciones y efectuar los ajustes que correspondan.

SECCIÓN VII TARIFACION DEL SEGURO

CLÁUSULA 17. TARIFA DE EMISIÓN

La tarifa de emisión de la póliza se obtiene considerando:

- La tarifa del manual tarifario vigente para la actividad económica.
- El recargo o descuento según lo dispuesto en la CLAUSULA 11. MODALIDADES DE CONTRATACION, CLAUSULA 20. RECARGOS Y DESCUENTOS A LA TARIFA y CLAUSULA 21. PRIMA.
- El recargo por fraccionamiento de la prima en los términos señalados en la CLAUSULA 22. FRACCIONAMIENTO DE LA PRIMA.

CLÁUSULA 18. TARIFA DE REHABILITACIÓN

La tarifa de rehabilitación de la póliza estará compuesta por los rubros señalados en la CLAUSULA 17. TARIFA DE EMISIÓN, así como por la siniestralidad acumulada según el estudio de experiencia de la póliza. La tarifa resultante no podrá ser inferior a la tarifa de la actividad asegurada, consignada en el manual tarifario vigente al momento del cálculo.

Se exceptúan de la regla anterior, las pólizas que presenten las siguientes condiciones:

- **Comportamiento de pagos oportunos en los dos (2) últimos períodos de vigencia de la póliza, anteriores a la omisión que generó la rehabilitación.**
- **La rehabilitación se realice dentro del último período de vigencia de la póliza.**

CLÁUSULA 19. 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 del Seguro Obligatorio de Riesgos del Trabajo, la tarifa de renovación de la póliza estará compuesta por la tarifa aplicada en el último período vigente de la póliza y la siniestralidad acumulada según el estudio de experiencia efectuado por el Instituto, y no podrá ser inferior a la tarifa de la actividad asegurada consignada en el manual tarifario vigente al momento del cálculo.

SEGURO OBLIGATORIO DE RIESGOS DEL TRABAJO CONDICIONES GENERALES

No obstante, en aplicación de lo que dispone el Artículo 8. Resoluciones motivadas, si la póliza registraba una tarifa descontada, dicha bonificación se podrá mantener en la tarifa de renovación, si producto del estudio de experiencia se determina que la póliza posee buena siniestralidad.

CLÁUSULA 20. 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 del Seguro Obligatorio de Riesgos del Trabajo, al finalizar el período de vigencia de la póliza, el Instituto 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.

SECCIÓN VIII PRIMAS DEL SEGURO

CLÁUSULA 21. PRIMA

La prima del seguro será anual o por el período de vigencia contratado (pólizas período corto), y se obtendrá de multiplicar el monto asegurado por la tarifa establecida por el Instituto acorde con la actividad económica y los puntos por experiencia de la póliza, de conformidad con el procedimiento establecido en la Norma Técnica del Seguro Obligatorio de Riesgos del Trabajo.

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 del seguro será inferior al costo mínimo de emisión y administración de la póliza, el cual se indica en la Norma Técnica del Seguro Obligatorio de Riesgos del Trabajo.

CLÁUSULA 22. 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 trimestrales o semestrales en cuyo caso el Instituto aplicará el recargo correspondiente a la tarifa anual, de acuerdo a la forma de pago seleccionada por el Tomador del seguro.

Forma de Pago	Porcentaje de recargo
Semestral	8 %
Trimestral	11 %

Se excluyen de este recargo las pólizas RT- Adolescente y del fraccionamiento de la prima las pólizas de período corto, RT-Hogar, RT-Independiente, RT-Ocasional y las pólizas del sector público.

**SEGURO OBLIGATORIO DE RIESGOS DEL TRABAJO
CONDICIONES GENERALES****CLÁUSULA 23. PLAZO PARA EL PAGO DE LA PRIMA**

1. **EMISIÓN, REHABILITACIÓN Y EXTENSIÓN DEL SEGURO:** Las primas deberán ser pagadas a más tardar el día de inicio de vigencia del recibo, 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 Instituto, a la fecha en que se efectúe el pago del mismo y se emitirá un adenda para el patrono notificando el cambio realizado.

De no recibirse el pago de la prima, el Instituto procederá con la anulación del trámite.

2. **RENOVACIÓN O ABONO:** El Instituto otorgará un período de gracia de diez (10) días hábiles para realizar el pago de la prima, contados a partir de la fecha de inicio de vigencia del recibo a pagar.

En caso de que alguno de estos recibos se pague después del plazo señalado, el Instituto procederá a aplicar la prima pagada como rehabilitación de la póliza, tomando como referencia para la fecha de inicio de vigencia del recibo, la fecha en que se efectúe el pago del mismo. Del cambio realizado se realizará un adenda para informar al patrono de la variación efectuada.

De no recibirse el pago de la prima, el Instituto procederá a dar por terminado el contrato de seguro.

3. **LIQUIDACIÓN:** El Instituto otorgará un plazo de diez (10) días hábiles para realizar el pago de la prima, contados a partir de la fecha de notificación de la deuda. De no recibirse el pago de la prima, el Instituto exigirá el pago por la vía judicial.

El Instituto 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 24. RECARGOS A LA PRIMA

En aplicación de lo que establece el artículo 215 del Código de Trabajo, el Instituto puede recargar el monto de prima hasta en un 50% si se presenta un incumplimiento de lo señalado en los puntos 5 y 6 de la CLÁUSULA 14. OBLIGACIONES DEL TOMADOR DEL SEGURO, en los términos y condiciones definidos en la Norma Técnica del Seguro Obligatorio de Riesgos del Trabajo.

CLÁUSULA 25. DOMICILIO DE PAGO DE PRIMAS

Las primas de esta póliza son pagaderas por anticipado y deben ser depositadas o pagadas en las Oficinas Centrales del Instituto, en sus Sedes, vía electrónica o a través del intermediario de seguros.

**SEGURO OBLIGATORIO DE RIESGOS DEL TRABAJO
CONDICIONES GENERALES****CLÁUSULA 26. DEDUCIBLE**

No aplica deducible para esta póliza.

SECCIÓN IX LIQUIDACIÓN DE LA PÓLIZA**CLÁUSULA 27. PROCESO DE LIQUIDACIÓN**

Al finalizar el período de vigencia de la póliza, el Instituto 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.

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. MONTO CONSUMIDO DEL PERIODO

El monto consumido del período se determinará con base en el monto de las declaraciones de planilla y/o la mano de obra de las actividades u obras de construcción ejecutados durante el período de liquidación.

En el caso de las pólizas de construcción, si un proyecto fue pagado en su totalidad al momento de hacer la declaración del mismo y su vigencia consume varios períodos de la póliza, se considerará para la liquidación únicamente la parte de mano de obra correspondiente al período de liquidación.

Las pólizas de construcción de periodo corto cuyo porcentaje de mano de obra declarado es diferente a los contemplados en la Norma Técnica del Seguro Obligatorio de Riesgos del Trabajo, también serán liquidables en las condiciones que se aplican a las pólizas de construcción permanentes.

Respecto a las pólizas RT-Cosechas, 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 29. PRIMA NETA DEL PERIODO

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.

CLÁUSULA 30. APLICACIÓN AUTOMÁTICA DEL SOBRENTE DE LIQUIDACIÓN

Cuando del proceso de liquidación resulte un sobrante de prima, será aplicado de oficio prioritariamente a las sumas adeudadas por el Tomador del seguro al régimen de Riesgos del Trabajo.

SEGURO OBLIGATORIO DE RIESGOS DEL TRABAJO CONDICIONES GENERALES

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, cumpliendo las disposiciones que se indican en la CLAUSULA 31. DEVOLUCIÓN DEL SOBRENTE DE LIQUIDACIÓN.

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 la vigencia del último período pagado o como renovación del seguro, tomando como referencia para definir el consumo la última planilla presentada.

CLÁUSULA 31. DEVOLUCIÓN DEL SOBRENTE DE LIQUIDACIÓN

La devolución del sobrante de liquidación procederá únicamente cuando la prima pagada del período al que fue aplicado el sobrante, sea suficiente para cubrir el monto asegurado del mismo período, respetando la forma de pago.

Para realizar la devolución del sobrante de liquidación, el Tomador del seguro deberá presentar la solicitud por escrito al Instituto, en la que se indique:

- Número de cuenta cliente (o número de IBAN cuando corresponda) en colones a nombre del Tomador del seguro y el banco al que corresponde, para realizar el depósito en caso de que proceda la devolución.
- Si la póliza tiene forma de pago semestral o trimestral, deberá indicar la proyección de salarios a pagar para los meses faltantes para completar el período de vigencia de la póliza.

El Instituto procederá con el análisis de la solicitud y notificará al Tomador del seguro la resolución, en un plazo no mayor a diez (10) días naturales.

CLÁUSULA 32. DEVENGO DE LA PRIMA

Se declaran de oficio como prima totalmente devengada (PTD), las pólizas que por sus características especiales el Instituto determine, y así lo disponga en las condiciones especiales del seguro.

También se declara PTD cuando el resultado de la liquidación de cualquier tipo de póliza es menor o igual al costo mínimo de emisión y administración de la póliza fijado por el Instituto en la Norma Técnica del Seguro Obligatorio de Riesgos del Trabajo.

SECCIÓN X REGISTRO DE TRABAJADORES

CLÁUSULA 33. 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, de conformidad con lo señalado en la SECCIÓN X REGISTRO DE TRABAJADORES y la CLAUSULA 40. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO.

SEGURO OBLIGATORIO DE RIESGOS DEL TRABAJO CONDICIONES GENERALES

Para tal efecto, primeramente el Tomador del seguro debe proceder a registrarse en dicho sistema, el cual está disponible en la página web del Instituto www.ins-cr.com.

CLÁUSULA 34. ASEGURAMIENTO DE NUEVOS TRABAJADORES

Cuando el Tomador del seguro contrate un nuevo trabajador, deberá informarlo al Instituto con anterioridad al inicio de sus labores, utilizando el formulario electrónico “Inclusión de asegurados” en el sistema RT-Virtual, en apego a lo dispuesto en el artículo 216 del Código de Trabajo. En el caso de la emisión o rehabilitación de la póliza, el aseguramiento de los nuevos trabajadores se realizará mediante el listado consignado en el formulario de Suscripción del seguro.

Posteriormente, el Tomador del seguro deberá incluir a estos trabajadores en la “Declaración de planilla” del período que corresponda, según la fecha de ingreso (se exceptúan las pólizas señaladas en la CLÁUSULA 36. DECLARACIÓN PERIÓDICA DE PLANILLAS).

De no realizar dicho reporte en la planilla, el Instituto lo incluirá de oficio, registrando el salario proporcional a los días acumulados entre la fecha de inicio del aseguramiento y el último día natural del período de planilla.

Se encuentran excluidas de la obligación de presentar el formulario “Inclusión de asegurados”, las pólizas que por sus características especiales el Instituto determine, y así lo disponga en las condiciones especiales o particulares del seguro.

CLÁUSULA 35. CALENDARIO ANUAL DE PLANILLAS

Durante los primeros diez (10) días hábiles posteriores a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, sea por emisión, rehabilitación o renovación, el Tomador del seguro deberá registrar por medio del sistema RT-Virtual el calendario anual de planillas, mediante el cual informará al Instituto las fechas de inicio y fin de cada período de planilla.

Si el Tomador del seguro no presenta el calendario anual de planillas, el Instituto aplicará de oficio el calendario tradicional, el cual se compone de doce (12) períodos de planilla, y cada período coincide con cada mes del año.

Se encuentran excluidas de la obligación que establece este artículo, las pólizas que por sus características especiales el Instituto determine, y así lo disponga en las condiciones especiales del seguro.

CLÁUSULA 36. 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 “Declaración de planilla” en el sistema RT-Virtual, en apego a lo dispuesto en el inciso ch) del artículo 214 del Código de Trabajo.

SEGURO OBLIGATORIO DE RIESGOS DEL TRABAJO CONDICIONES GENERALES

El Instituto otorgará al Tomador del seguro un plazo de diez (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 “Declaración de 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.

Se encuentran excluidas de la obligación que establece este artículo, las pólizas que por sus características especiales el Instituto determine, y así lo disponga en las condiciones especiales o particulares del seguro.

CLÁUSULA 37. PROCEDIMIENTO EN CASO DE NO RECIBIRSE LA PLANILLA

De no recibirse la declaración de la planilla en el plazo establecido, el Instituto procederá a sustituir la no presentación tomando los datos de la última planilla registrada, con el objetivo de no interrumpir el aseguramiento de los trabajadores.

Si la declaración omitida corresponde a la primera que debía presentar el Tomador del seguro, el Instituto procederá de oficio a sustituir dicha planilla, considerando los datos declarados en el formulario de solicitud del seguro o rehabilitación, según corresponda.

CLÁUSULA 38. PLAZO PARA LA EXCLUSIÓN DE NUEVOS TRABAJADORES

Si por algún motivo el Tomador del seguro requiere excluir un trabajador de nuevo ingreso, dicha exclusión debe realizarla directamente en el sistema RT-Virtual, a partir del cese de la relación laboral, con el fin de que el Instituto registre en la planilla de inclusión de nuevos trabajadores los días realmente laborados.

El Tomador del seguro siempre deberá incluir el salario y los días laborados por ese trabajador, en la “Declaración de planilla” del período correspondiente, con las observaciones respectivas, de tal forma que el monto que se registre no sea considerado en caso de que se presente un proceso de sustitución posterior a ese período de planilla.

CLÁUSULA 39. PLAZO PARA ANULAR LA DECLARACIÓN DE PLANILLA E INCLUSION DE ASEGURADOS

Si por algún motivo el Tomador del seguro requiere anular el envío de una “Declaración de planilla” o una “Inclusión de asegurados”, dicha anulación deberá realizarse directamente en el sistema RT-Virtual, a más tardar a las 10 p.m. del día que remitió el reporte.

De no efectuarse la anulación del envío del formulario en el plazo señalado anteriormente, el Tomador del seguro deberá solicitar por escrito a la Sede del Instituto responsable de la administración de su póliza, a más tardar quince (15) días hábiles posteriores al envío, la anulación indicando las razones correspondientes.

**SEGURO OBLIGATORIO DE RIESGOS DEL TRABAJO
CONDICIONES GENERALES****SECCIÓN XI DISPOSICIONES SOBRE RECLAMOS****CLAUSULA 40. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO**

Ante la ocurrencia de un accidente o enfermedad laboral, 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 Instituto para este fin en cualquiera de las Sedes o en los Centros Médicos del Instituto.

Previo al reporte, el siniestro debe ser investigado y analizado por parte del Tomador del seguro, a efecto de que se consigne la descripción completa y detallada del mismo en el reporte, conforme a los hechos acaecidos y que le permita tomar las medidas preventivas necesarias para evitar situaciones similares.

Una vez presentado dicho formulario, el asegurado debe presentarse en el Centro Médico del Instituto 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 la CLAUSULA 47. PRESTACIONES MÉDICAS.

Para tal efecto, el Instituto ha creado una red desconcentrada de servicios médicos, distribuidos en los principales centros de población del territorio nacional, con el objetivo de que cada uno de los Centros Médicos de la Red de Salud brinde atención médica en forma oportuna, eficiente y de calidad, sin que los asegurados tengan que movilizarse a otros centros de atención.

Los Centros Médicos del Instituto se ubican en las siguientes localidades:

SEGURO OBLIGATORIO DE RIESGOS DEL TRABAJO CONDICIONES GENERALES

CENTRO MEDICO	TELÉFONO	FAX	DIRECCIÓN	HORARIO DE ATENCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO
Alajuela	2440-9685	2441-1756	100 este y 100 norte de los Tribunales de Justicia, Contiguo a Sede INS.	Lunes a Viernes 6 am a 6 pm	alajuelacentromedico@ins-cr.com
Bataán	2718-5826	2718-5826	Contiguo a Estación de Bomberos de Bataán.	Lunes a Viernes 8 am a 5 pm	batacentromedico@ins-cr.com
Cartago	2210-9222	2550-4079	500 sur y 100 oeste del Banco Nacional de Cartago, contiguo a Sede INS.	Lunes a Viernes 6 am a 6 pm	cartagocentromedico@ins-cr.com
Ciudad Neilly	2783-3352	2783-3942	Frente a la terminal de Buses de Ciudad Neilly, contiguo a Sede INS.	Lunes a Viernes 8 am a 5 pm	ciudadneillycentromedico@ins-cr.com
Ciudad Quesada	2460-1155	2461-2505	150 sur del Parque de Ciudad Quesada, contiguo a Sede INS.	Lunes a Viernes 8 am a 5 pm	ciudadquesadacentromedico@ins-cr.com
Desamparados	2210-9122	2220-4646	Edificio frente Cementerio Desamparados.	Lunes a Viernes 7 am a 5 pm	cmdesamparadosmetro@ins-cr.com
Filadelfia	2287-6000	2688-7453	Contiguo a Estación de Bomberos en Filadelfia.	Lunes a Viernes 8 am a 5 pm	filadelfiacentromedico@ins-cr.com
Golfito (solo terapia física)	2775-0139	2210-4271	Contiguo a Bomberos Golfito	Lunes a Viernes 8 am a 5 pm	golfitocentromedico@ins-cr.com
Grecia	2444-2384	2444-2384	150 este de Iglesia Católica, frente a Cámara Productores de Caña, contiguo a Estación de Bomberos.	Lunes a Jueves 8 am a 5 pm y Viernes 8 am a 4 pm	greciacentromedico@ins-cr.com
Guadalupe	2210-9120	2210-9120	125 este diagonal al Banco Nacional de Costa Rica, Guadalupe.	Lunes a Viernes 7 am a 5 pm	centromedicoreferencial@ins-cr.com
Guápiles	2710-4762	2710-6939 2243-7077	800 este del Hospital de Guápiles, contiguo a Sede INS.	Lunes a Viernes 8 am a 5 pm	guapilscentromedico@ins-cr.com
Heredia	2263-9856	2243-9938	200 oeste y 25 norte del Estadio Rosabal Cordero, detrás de Sede INS.	Lunes a Viernes 8 am a 5 pm	herediacentromedico@ins-cr.com
La Uruca	2210-9000	2243-7085	600 sur de Canal 6, Complejo de Prestaciones Sanitarias- INS Salud.	Lunes a Viernes 7 am a 5 pm	-----
Liberia	2666-0479	2666-4673	Avenida 25 de julio, detrás de sede INS.	Lunes a Viernes 8 am a 5 pm	liberiacentromedico@ins-cr.com
Limón	2758-2066	2758-2066	Limón centro, contiguo a Sede INS.	Lunes a Viernes 8 am a 5 pm	limoncentromedico@ins-cr.com
Nicoya	2287-6000	2686-8008	200 oeste de la esquina Noroeste del Parque Central, frente a Estación de Bomberos.	Lunes a Viernes 8 am a 5 pm	nicoyacentromedico@ins-cr.com
Pital	2473-3455	2473-3455	Frente a Escuela de Pital.	Lunes a Sábado 8 am a 6 pm	pitalcentromedico@ins-cr.com
Puntarenas	2661-9636	2661-2429	Costado este de la Casa de la cultura, Contiguo a Sede INS.	Lunes a Viernes 8 am a 5 pm	puntarenascentromedico@ins-cr.com
San Isidro	2770-9689	2771-7106	100 mts. sur de la Municipalidad, contiguo a Sede INS.	Lunes a Viernes 8 am a 5 pm	sanisidrocentromedico@ins-cr.com
San Ramón	2447-9254	2445-6816	50 mts. norte del Banco de Costa Rica San Ramón, contiguo a Sede INS.	Lunes a Viernes 8 am a 5 pm	sanramoncentromedico@ins-cr.com
Santa Ana	2282-5290	2282-5361	100 norte de la Gasolinera Hermanos Montes. Centro Comercial Don Esteban.	Lunes a Viernes 8 am a 5 pm	santaanacentromedico@ins-cr.com
Siquirres	2768-8008	2768-8008	100 norte y 100 este de parada de buses, contiguo Estación de Bomberos Siquirres.	Lunes a Viernes 8 am a 5 pm	siquirrescentromedico@ins-cr.com
Turrialba	2556-9966	2556-1106	50 oeste de Servicentro Hermanos Orozco, contiguo a Sede INS.	Lunes a Viernes 7:45 am a 5 pm	turrialbacentromedico@ins-cr.com

Instituto Nacional de Seguros / Dirección Oficinas Centrales: Calles 9 y 9 Bis, avenida 7, San José /
Central telefónica: 2287-6000 / Apdo. Postal 10061-1000 San José / Consultas: contactenos@ins-cr.com /
Defensoría del cliente: defensoriadelcliente@ins-cr.com / Fax: 2243-7062

Consulte nuestra página Web: www.ins-cr.com

**SEGURO OBLIGATORIO DE RIESGOS DEL TRABAJO
CONDICIONES GENERALES****CLÁUSULA 41. 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 Instituto todos los riesgos del trabajo que ocurran a sus trabajadores, dentro del plazo máximo de los ocho (8) días hábiles siguientes a su acaecimiento.

CLÁUSULA 42. DETERMINACIÓN DE CASOS NO ASEGURADOS

Se calificará como caso no asegurado, aquellos accidentes o enfermedades laborales reportados al Instituto que presenten algunas de las siguientes características:

- 1. El patrono no posea un seguro de Riesgos de Trabajo al momento de ocurrencia del evento.**
- 2. El patrono cuente con un seguro de Riesgos del Trabajo, pero no se encuentre vigente al momento de ocurrencia del evento.**
- 3. El trabajador no se encuentre reportado en la “Declaración de planilla” correspondiente al período anterior a la fecha de ocurrencia del evento. Sin embargo, si por el plazo para la recepción de planillas, esta declaración fue presentada después de la ocurrencia del evento, que el trabajador no se encuentre reportado en la “Declaración de planilla” correspondiente al período tras anterior a la fecha de ocurrencia del evento.**
- 4. En caso de omisión de la “Declaración de planilla” correspondiente al período anterior a la fecha de ocurrencia del evento, que el trabajador no se encuentre reportado en la planilla que se registró por sustitución de esa declaración en la póliza.**
- 5. Cuando el evento ocurre en el mismo mes de ingreso del trabajador a la empresa, y el trabajador no se haya reportado mediante el formulario “Inclusión de asegurados”, con anterioridad a la fecha de ocurrencia del evento.**
- 6. En caso de omisión de la “Inclusión de asegurados”, que 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 evento.**
- 7. En las pólizas exoneradas de la presentación del formulario “Inclusión de asegurados”, que el evento ocurra en el mismo mes de inicio de labores del trabajador en el centro de trabajo, y éste no se encuentre reportado en la “Declaración de planilla” que corresponda al período de ingreso.**
- 8. En las pólizas exoneradas de la presentación de los formularios “Inclusión de asegurados” y “Declaración de planilla”, que el trabajador no se encuentre registrado en la bitácora de control de ingreso al centro de trabajo, correspondiente al día anterior a la fecha de ocurrencia del evento.**

**SEGURO OBLIGATORIO DE RIESGOS DEL TRABAJO
CONDICIONES GENERALES****CLÁUSULA 43. 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 Instituto haya suministrado al trabajador víctima de un riesgo del trabajo, o a sus beneficiarios, estará exclusivamente a cargo del patrono.

El Instituto conservará el derecho de acudir a los Tribunales para cobrar al patrono las sumas erogadas, con los intereses del caso, de conformidad con lo establecido en los artículos 3, 193, 201, 221, 231 y 307 del Código de Trabajo.

Una vez emitido el cobro, el patrono dispondrá de un plazo máximo de diez (10) días hábiles, para depositar las sumas adeudadas al Instituto, contados a partir de la fecha de la respectiva notificación.

Vencido ese término, el Instituto exigirá por la vía ejecutiva el depósito de la suma adeudada, más los intereses legales y las costas correspondientes.

CLÁUSULA 44. DETERMINACIÓN DE CASOS NO AMPARADOS

No constituyen accidentes o enfermedades cubiertos por este seguro, los que se produzcan en las siguientes circunstancias, previo al análisis administrativo y médico correspondiente por parte del Instituto:

- 1. Los provocados intencionalmente, o que fueren el resultado o la consecuencia de un hecho doloso del trabajador.**
- 2. Los debidos a embriaguez del trabajador o al uso, imputable a éste, de narcóticos, drogas hipnógenas, tranquilizantes, excitantes; salvo que exista prescripción médica y siempre que haya una relación de causalidad entre el estado del trabajador, por la ebriedad o uso de drogas, y el riesgo ocurrido.**

CLÁUSULA 45. DISPOSICIONES SOBRE CASOS NO AMPARADOS

Cuando el reclamo sea procesado como un caso no amparado, el Instituto referirá al trabajador al régimen de seguridad social que le corresponda, para su atención.

El Instituto conservará el derecho de solicitar al lesionado o al régimen de salud 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 Instituto por no tratarse de un riesgo de trabajo.

CLÁUSULA 46. ACEPTACIÓN DE CASOS POR EXCEPCIÓN

El Instituto conservará el derecho de estudiar y eventualmente aceptar aquellos casos que no hayan sido aceptados administrativamente, siempre y cuando el Tomador del seguro posea una póliza en los términos señalados en la Norma Técnica del Seguro Obligatorio de Riesgos del Trabajo.

SEGURO OBLIGATORIO DE RIESGOS DEL TRABAJO CONDICIONES GENERALES

La aceptación de un caso por excepción, implica su inclusión a la siniestralidad de la póliza y por ende, el ajuste de todos los factores relacionados, por ejemplo: los puntos por experiencia otorgados y la tarifa de los períodos siguientes al siniestro, lo que a su vez puede desencadenar variación en los resultados de la liquidación de cada período de vigencia de la póliza, generando primas a cobrar que deberán ser pagadas por el Tomador del seguro, en los plazos que definidos en la CLAUSULA 23. PLAZO PARA EL PAGO DE LA PRIMA.

Por tanto, en el momento que se otorgue el consentimiento por parte del Instituto de la aceptación del caso, el Tomador del seguro deberá reportar al trabajador o trabajadores por medio de una “Declaración de planilla” adicional, para el período en que se omitió el aseguramiento.

SECCIÓN XII SUMINISTRO DE PRESTACIONES

CLÁUSULA 47. PRESTACIONES MÉDICAS

Cuando ocurra un accidente o enfermedad laboral, todo patrono 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, los servicios de la red de salud del Instituto, de conformidad con lo señalado en la CLAUSULA 40. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO, salvo en aquellos casos de emergencia calificada, en que podrá recurrir al centro médico más cercano, hecho que deberá hacer del conocimiento inmediato del Instituto. En ese caso deberá sujetarse a lo dispuesto en el punto 8 de la CLAUSULA 48. PRESTACIONES EN DINERO.

CLÁUSULA 48. PRESTACIONES EN DINERO

La responsabilidad del Instituto en cuanto a prestaciones en dinero, se determinará sobre la base del monto de los salarios informados por el Tomador del seguro como devengados por el trabajador con anterioridad a que ocurra el riesgo. Para este efecto, servirán de prueba las planillas presentadas por el Tomador del seguro al Instituto, o cualesquier otro documento que permita establecer el monto verdaderamente percibido por el trabajador.

Si los salarios declarados en planillas fueren menores de los que el trabajador realmente devengó; el Instituto pagará al trabajador o a sus beneficiarios, las sumas correctas que en derecho correspondan y conservará la acción contra el Tomador del seguro, por las sumas pagadas en exceso más los intereses del caso.

En cuanto al cálculo y fijación de las prestaciones en dinero, el trabajador o sus beneficiarios podrán aportar o señalar cualesquier medio de pruebas que lo favorezcan.

El salario diario se determinará dividiendo la remuneración declarada en las planillas presentadas por el Tomador del seguro, en los tres (3) meses anteriores al acaecimiento del riesgo, entre el número de días efectivamente trabajados en ese período.

**SEGURO OBLIGATORIO DE RIESGOS DEL TRABAJO
CONDICIONES GENERALES**

- 1. INCAPACIDAD TEMPORAL:** Durante la incapacidad temporal el trabajador tiene derecho a un subsidio igual al 60% de su salario diario reportado por el patrono, según lo establecido en el artículo 235 del Código de Trabajo, el cual se reconoce en los primeros 45 días naturales de incapacidad.

$$SS = SD \times 60\%$$

Transcurrido ese plazo, el subsidio que se reconoce al trabajador será equivalente al 100% sobre el Salario Mínimo Legal vigente al momento del siniestro, y el 67% sobre el exceso de la diferencia que resulte del salario diario promedio y el salario mínimo legal.

$$SS = (SD - SML) \times 67\% + SML$$

Dónde:

SS = Subsidio salarial

SD = Salario diario promedio

SML = Salario mínimo legal vigente al momento del evento

En ningún caso el subsidio salarial que se reconoce será inferior al Salario Mínimo Legal vigente al momento del siniestro, con excepción de que el trabajador labore menos de la mitad de la jornada ordinaria, por lo que el salario diario se calculará según la proporción que corresponda a las horas laboradas durante el mes. El subsidio a reconocer al trabajador no podrá ser superior al 100% de su salario diario.

Si transcurrido un plazo de dos (2) años a partir de la ocurrencia del riesgo, no hubiere cesado la incapacidad temporal del asegurado, se procederá a establecer el porcentaje de Incapacidad permanente y se suspenderá el pago del subsidio, sin perjuicio de que se puedan continuar suministrando las prestaciones médico-sanitarias y de rehabilitación al trabajador.

2. INCAPACIDAD PERMANENTE

- a. Incapacidad Menor Permanente:** La declaratoria de incapacidad menor permanente establece para el trabajador el derecho de percibir una renta anual, pagadera en dozavos, durante un lapso de cinco años, la cual se calculará multiplicando el porcentaje de pérdida de la capacidad general orgánica que se le haya fijado, conforme a los términos del artículo 224 del Código de Trabajo, por el salario promedio anual que se determine, según el artículo 235 del mismo Código.
- b. Incapacidad Parcial Permanente:** La declaratoria de incapacidad parcial permanente determina para el trabajador el derecho de percibir una renta anual, pagadera en dozavos, durante un lapso de 10 años, equivalente al 67% del salario promedio anual que se determine. Dicho plazo podrá ampliarse por lapsos sucesivos de 5 años, si mediante estudios socioeconómicos, se demuestra que el beneficiario es mayor de 40 años, depende exclusivamente de la renta para su subsistencia y que no haya percibido otros ingresos durante el último año.

**SEGURO OBLIGATORIO DE RIESGOS DEL TRABAJO
CONDICIONES GENERALES**

- c. Incapacidad Total Permanente:** La declaratoria de incapacidad total permanente determina para el trabajador el derecho a percibir una renta anual vitalicia, pagadera en dozavos, igual al 100% del Salario Mínimo Legal Anual vigente al momento del evento, más el 67% sobre el exceso del Salario Promedio Anual determinado respecto al Salario Mínimo Legal Anual.
- d. Gran Invalidez:** La declaración de gran invalidez determina para el trabajador el derecho a percibir una renta vitalicia, pagadera en dozavos, igual al 100% del Salario Mínimo Legal Anual vigente al momento del evento, más el 67% sobre el exceso del Salario promedio Anual determinado respecto al Salario Mínimo Legal Anual. Además, se le reconoce una asignación mensual, que se determina reglamentariamente, para el pago de su cuidado personal primario.

Cabe mencionar que el porcentaje de pérdida de la capacidad para el trabajo que se determina para un trabajador accidentado, es fijado por el profesional médico del Instituto Nacional de Seguros, el cual se fundamenta en la tabla de impedimentos que se establece en el artículo 224 del Título IV del Código de Trabajo, siendo posible que el trabajador afectado recurra a lo indicado en los artículos 261 y 262 del Título IV del mismo Código.

- 3. MUERTE:** 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.

Cuando el evento ocasionare la muerte al trabajador, se reconocerá una suma global para cubrir gastos funerarios, que se determinará en la Norma Técnica del Seguro Obligatorio de Riesgos del Trabajo.

- 4. RENTA ADICIONAL EN DICIEMBRE:** Tanto los trabajadores a quienes se les haya fijado incapacidad total permanente o gran invalidez, como los derechohabientes del trabajador fallecido a causa de un riesgo de trabajo, tienen derecho al pago de una renta adicional en diciembre, equivalente al monto que estuviera percibiendo mensualmente. En el caso de incapacitados en forma parcial permanente, tendrán derecho aquellos que si previo estudio socioeconómico se demuestra que el beneficiario depende exclusivamente de las rentas, es mayor de 40 años y no ejerce profesión u oficio en el período de análisis. Además la solicitud de la renta adicional debe ser presentada antes del último día hábil del mes de octubre.
- 5. GASTOS DE FUNERAL:** El Instituto Nacional de Seguros reconocerá una suma determinada para gastos del funeral del trabajador fallecido, así como para gastos de traslado del cadáver dentro del Área Metropolitana ó fuera de ésta; 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.
- 6. RECONOCIMIENTO DE LOS GASTOS POR PAGO DE TRASLADO, HOSPEDAJE Y ALIMENTACIÓN:** El Instituto reconocerá gastos por traslado con base en las disposiciones que dicta la Dirección General de Transporte Automotor y las tarifas aprobadas por la Autoridad Reguladora de los Servicios Públicos ARESEP.

SEGURO OBLIGATORIO DE RIESGOS DEL TRABAJO CONDICIONES GENERALES

Si por la condición de salud el asegurado 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.

En los casos en los que el trabajador manifieste cambio de domicilio, se procederá de conformidad con lo estipulado en la Norma Técnica del Seguro Obligatorio de Riesgos del Trabajo.

Asimismo, se reconocerán gastos de hospedaje y alimentación, cuando el trabajador, con motivo del suministro de las prestaciones médico-sanitarias o de rehabilitación, deba trasladarse a un lugar distinto de la residencia habitual o lugar de trabajo según lo dispuesto en el artículo 218 del Código de Trabajo. Cuando la institución aseguradora disponga de centros propios, destinados a ese efecto, o contrate dichos servicios en lugares adecuados para ello, podrá sustituir esta prestación en dinero, ubicando a los trabajadores en ellos.

- 7. RECONOCIMIENTO DE FACTURAS:** El reconocimiento se realizará a quien demuestre haber pagado las facturas y para iniciar el trámite el Tomador del seguro deberá denunciar el siniestro conforme a las disposiciones establecidas en la CLAUSULA 40. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO.

A su vez, la persona que pagó las facturas deberá solicitar por escrito al Instituto el reconocimiento y aportar las facturas originales en buen estado, legibles, sin alteraciones, tachones o borrones de ningún tipo. En caso contrario, no se podrá realizar el reconocimiento de las mismas.

El reconocimiento de facturas aplicará:

- a. Cuando exista una referencia médica por parte de los servicios otorgados por el Instituto que autorice al asegurado a realizar el pago. En este caso se gestiona el reintegro del dinero acreditado en la factura original aportada.
- b. Cuando el asegurado recurra por cuenta propia a recibir atención médica en un centro privado, siempre que exista relación causa efecto entre la atención recibida (costos que se pretenden cobrar) y el evento reportado. Se reconocerán los costos según el manual tarifario que maneja el Instituto. En el caso que según criterio de la Unidad de Control y Gestión Técnica de la Dirección de Seguros Solidarios, se determine que el caso aplica como emergencia calificada, se reconocerá el cien por ciento (100%) de los costos incurridos.
- c. En caso de que el evento ocurra en el extranjero, en los términos señalados en la CLÁUSULA 6. AMBITO DE COBERTURA, se deberá presentar:
 - Certificado del médico tratante donde se indique el diagnóstico, evolución del padecimiento y tratamiento efectuado, el cual será analizado por el Instituto para su validación.
 - Facturas originales y/o los comprobantes de pago, en los cuales se detallen los gastos.

SEGURO OBLIGATORIO DE RIESGOS DEL TRABAJO CONDICIONES GENERALES

- En caso de presentación de reclamos en otros idiomas distintos al español, el Asegurado debe presentar la respectiva traducción de toda la documentación del reclamo, misma que deberá ser efectuada por traductores oficiales autorizados por el Ministerio de Relaciones Exteriores o mediante el convenio de Apostilla, en un plazo no mayor a los cinco (5) días hábiles, a partir de la fecha en que se emitió la autenticación.

CLÁUSULA 49. PERDIDA DE BENEFICIOS DE LOS ASEGURADOS

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 según el artículo 243 del Código de Trabajo y que se detallan en la CLÁUSULA 13. ALCANCE DE LA COBERTURA.

CLÁUSULA 50. PLAZO PARA EL RECLAMO DE PRESTACIONES

Los derechos y las acciones para reclamar las prestaciones prescribirán en un plazo de tres 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.

SECCIÓN XIII PAGO DE PRESTACIONES EN DINERO

CLÁUSULA 51. DECLINACIÓN Y APELACIÓN EN PAGO DE INDEMNIZACIONES

El Instituto deberá entregarle por escrito al Tomador del seguro, asegurado o a sus beneficiarios, un estado de cuenta donde se establezca la liquidación de la indemnización y prestaciones correspondientes. En caso de que el Instituto decline el pago de la indemnización, deberá entregarle por escrito al asegurado o a sus beneficiarios la decisión donde explique claramente los motivos, indicando al menos:

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

El Asegurado puede apelar la declinación parcial o total del reclamo dentro del plazo establecido en la CLÁUSULA 54. PRESCRIPCIÓN, para lo que debe presentar su alegato escrito a la Sede del Instituto que dictó la resolución de rechazo y ofrecer sus pruebas.

SEGURO OBLIGATORIO DE RIESGOS DEL TRABAJO CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA 52. COBRO AJUSTE DE PRESTACIONES ECONÓMICAS

Cuando existan diferencias de salarios entre lo reportado por el Tomador del seguro y lo realmente percibido por el asegurado que se accidentó, y se deban pagar prestaciones económicas, el Instituto pagará al asegurado 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 Instituto 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 53. PLAZO DE RESOLUCIÓN DE RECLAMOS

El Instituto brindará respuesta mediante resolución motivada y escrita dentro de los diez (10) días naturales contados a partir de la presentación de la reclamación que realice el Asegurado o Beneficiario.

El Instituto efectuará el pago cuando corresponda en un plazo máximo de diez (10) días naturales.

CLÁUSULA 54. PRESCRIPCIÓN

De conformidad con el Código de Trabajo, los derechos y las acciones para reclamar las prestaciones derivadas del Seguro Obligatorio de Riesgos Trabajo, 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.

La prescripción no correrá para el trabajador no asegurado en el Instituto, 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.

SECCIÓN XIV BENEFICIARIOS

CLÁUSULA 55. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Cuando un riesgo del trabajo produzca la muerte al trabajador; las personas que se señalan a continuación, se considerarán beneficiarios según lo que dispone el artículo 243 del Código de Trabajo, **excepto para las pólizas RT-Adolescente** y tendrán derecho a una renta anual pagadera en dozavos calculada sobre el salario anual que percibió el trabajador hasta el momento de su muerte:

SEGURO OBLIGATORIO DE RIESGOS DEL TRABAJO CONDICIONES GENERALES

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.
	- Un menor	20%	
	- Dos menores	15% c/u	
	- Tres o más menores	40% grupo	
	Si no hay esposa:		
	- Un menor	35%	
	- Dos 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 3er 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.

Las rentas se pagarán a partir de la fecha de defunción del trabajador y del nacimiento del hijo póstumo derechohabiente, cuando corresponda.

Conforme a lo dispuesto en el artículo 205 del Código de Trabajo, el Instituto tiene la potestad de valorar la posibilidad de extender el plazo de estas rentas. Para efectuar el estudio respectivo, el beneficiario deberá cumplir con la presentación de los requisitos para la extensión de rentas, los cuales puede solicitar a la Unidad de Trabajo Social del Departamento de Atención Psicosocial en INS Salud.

Para los efectos de la extensión de rentas de los 18 a 25 años de edad, los interesados deberán presentar a la Unidad de Incapacidades Permanentes del Departamento de Servicios Administrativos en INS Salud, una certificación del centro de enseñanza en donde cursan sus estudios, en la que se hará constar su condición de alumno regular y permanente, así como su rendimiento académico.

La suspensión de estudios o un notorio bajo rendimiento en los mismos, harán perder el derecho a las rentas en forma definitiva, excepto en los casos en que el beneficiario pueda demostrar incapacidad física prolongada por más de un mes y se compruebe la reanudación de los estudios. La extensión en el pago de las rentas se perderá definitivamente si el beneficiario estudiante tuviera cualquier tipo de ingresos suficientes para su manutención.

SEGURO OBLIGATORIO DE RIESGOS DEL TRABAJO CONDICIONES GENERALES

Por otra parte, si como consecuencia de un riesgo del trabajo el trabajador quedare con enajenación mental, las prestaciones en dinero que le correspondan serán pagadas a la persona que conforme al Código Civil o de Familia lo represente. Igual regla regirá para los beneficiarios del trabajador que falleciere, que sean menores de edad o enajenados mentales.

En el caso de beneficiarios 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, debido a que 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.

SECCIÓN XV MODIFICACIONES AL CONTRATO

CLÁUSULA 56. MODIFICACIONES EN LA PÓLIZA

Los términos de las Condiciones Generales y/o Particulares podrán ser modificados por medio de adenda suscrita por el Instituto y agregados 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 Instituto directamente al Tomador del seguro, a la dirección señalada para notificaciones en la Solicitud de seguro, con al menos treinta (30) días hábiles anteriores al vencimiento de la póliza.

CLÁUSULA 57. FUSIÓN DE DOS O MAS PÓLIZAS

El Tomador del seguro podrá solicitar la unión de dos o más pólizas, siempre y cuando las pólizas involucradas en la fusión, estén suscritas para actividades económicas similares; de lo contrario, sólo procederá el cambio de razón social o nombre del Tomador del seguro.

De conformidad con lo que establece la CLAUSULA 10. PÓLIZAS DEL TOMADOR DEL SEGURO y producto de los estudios que se realicen, el Instituto podrá realizar de oficio la fusión de dos o más pólizas bajo una misma razón social, que estén suscritas para actividades económicas similares.

En ambos casos, el Instituto establecerá la tarifa a aplicar al seguro y consolidará la información de monto asegurado, prima neta y siniestros de los últimos cuatro (4) períodos anuales de las pólizas a unificar dentro de la póliza, conforme a lo dispuesto en la Norma Técnica del Seguro Obligatorio de Riesgos del Trabajo.

**SEGURO OBLIGATORIO DE RIESGOS DEL TRABAJO
CONDICIONES GENERALES****CLÁUSULA 58. MODIFICACIÓN DEL MONTO ASEGURADO**

Si en el transcurso de vigencia de la póliza se presentan solicitudes 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 Instituto procederá a calcular nuevamente el monto asegurado y hará el ajuste correspondiente en la prima del seguro, informándole al Tomador dentro del plazo máximo de un (1) mes a partir del conocimiento de la situación que generó la modificación.

CLÁUSULA 59. CAMBIO EN LA FORMA DE PAGO

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

CLÁUSULA 60. MODIFICACIÓN DE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA

El Tomador del seguro podrá solicitar por escrito al Instituto la variación de la fecha de inicio de vigencia de la póliza, previo a la fecha de terminación de la vigencia pactada originalmente, según corresponda:

1. **PÓLIZA PERMANENTE:** La variación regirá a partir de la siguiente renovación del contrato de la póliza y no se permitirán dos cambios de vigencia simultáneos en un mismo período.

En caso de rehabilitación de la póliza, se aplicará el último período registrado.

2. **PÓLIZA DE PERÍODO CORTO PARA LA ACTIVIDAD DE CONSTRUCCIÓN:** El Tomador del seguro deberá adjuntar en la solicitud copia de la bitácora de la obra. El Instituto modificará la vigencia de la póliza, siempre y cuando no haya vencido el plazo del permiso de construcción.

CLÁUSULA 61. 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 Instituto la extensión de la vigencia original del contrato, según corresponda:

1. **ACTIVIDAD DE CONSTRUCCIÓN:** El Tomador del seguro deberá adjuntar en la solicitud copia de la bitácora de la obra.
2. **ACTIVIDAD DE PRODUCCIÓN:** El Tomador del seguro deberá indicar en la solicitud la producción estimada. El Instituto calculará la prima correspondiente, con base en la información contenida en la póliza y la suministrada por el Tomador del seguro en la solicitud de extensión.
3. **OTRO TIPO DE ACTIVIDADES:** El Tomador del seguro también deberá indicar la estimación de planillas a pagar durante el período de extensión. El Instituto calculará la prima correspondiente, con base en la información contenida en la póliza y la suministrada por el Tomador del seguro en la solicitud de extensión.

SEGURO OBLIGATORIO DE RIESGOS DEL TRABAJO CONDICIONES GENERALES

La extensión del seguro será válida para la conclusión del trabajo u obra constructiva, para la cual fue suscrito el seguro y si el período de vigencia del seguro considerando la extensión solicitada supera los trescientos sesenta (360) días, la póliza se modificará de período corto a permanente, manteniendo el incentivo de colectividad.

CLÁUSULA 62. MODIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA

El Tomador del seguro deberá comunicar por escrito al Instituto 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 Instituto, 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.

CLÁUSULA 63. SUSPENSIÓN TEMPORAL DEL SEGURO

Si durante el período de vigencia de la póliza se presenta una interrupción en los trabajos que motive la suspensión temporal del mismo, durante los períodos de interrupción el Tomador del seguro deberá declarar una planilla de tipo “Sin actividad”, a efecto de que el Instituto no aplique el procedimiento de sustitución de planillas, conforme lo definido en la CLÁUSULA 37. PROCEDIMIENTO EN CASO DE NO RECIBIRSE LA PLANILLA y el seguro quede suspendido de forma automática.

CLÁUSULA 64. REACTIVACIÓN DEL SEGURO

El Tomador del seguro podrá solicitar la reactivación del seguro suspendido temporalmente, cumpliendo con las siguientes condiciones:

- 1. PÓLIZA DE PERÍODO CORTO:** El Tomador del seguro deberá presentar al Instituto previo a reanudar el trabajo la solicitud por escrito de la reactivación de la póliza, explicando el motivo de la suspensión e indicando la fecha en que se reiniciarán los trabajos.
- 2. PÓLIZA PERMANENTE:** Será suficiente que el Tomador del seguro deje de presentar la planilla de tipo “Sin actividad”, para que el seguro se reactive de forma automática.

CLÁUSULA 65. OTRAS MODIFICACIONES AL CONTRATO

Cualquier solicitud de modificación del contrato deberá ser presentada por escrito, por el Tomador del seguro o por quien este haya designado expresamente.

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

**SEGURO OBLIGATORIO DE RIESGOS DEL TRABAJO
CONDICIONES GENERALES****SECCIÓN XVI TERMINACIÓN DEL SEGURO****CLÁUSULA 66. CAUSAS PARA LA TERMINACIÓN DEL SEGURO**

A efecto de poder delimitar la responsabilidad subrogada por el Instituto, 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 Instituto dará por terminado el 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 Instituto para la terminación anticipada del contrato de seguro y la liquidación de forma automática de la póliza.
- 2. CONCLUSIÓN DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA:** El cierre de los centros de trabajo donde se desarrolla la actividad económica objeto del seguro, facultará al Tomador del seguro para solicitar por escrito al Instituto la terminación anticipada del contrato de seguro y la liquidación de su póliza.

Adicionalmente, el Tomador del seguro deberá presentar copia de la nota presentada ante la Dirección General de la Inspección de Trabajo, con el sello de recibido, en la que informa sobre el cierre del negocio y liquidación de todos los trabajadores.

- 3. NO REALIZACIÓN DEL TRABAJO:** En virtud de que la terminación del seguro por no haberse llevado a cabo las labores para las que fue suscrito, conlleva la devolución de la prima, menos el costo de emisión y administración de la póliza fijado por el Instituto, el Tomador del seguro deberá cumplir con los siguientes requisitos:
 - a. PÓLIZAS PARA ACTIVIDADES DE CONSTRUCCIÓN:** El Tomador del seguro debe gestionar el traspaso o la anulación de toda “Solicitud de inclusión de proyecto de construcción” registrada en su póliza y posteriormente, solicitar por escrito la terminación del seguro.
 - b. OTROS TIPOS DE PÓLIZAS:** El Tomador del seguro debe presentar una solicitud por escrito con la debida justificación y aportar las pruebas documentales que demuestren que los trabajos no fueron ni serán realizados.

CLÁUSULA 67. DERECHO DE INFORMAR A TERCEROS

Se debe considerar que la ausencia del seguro de riesgo del trabajo faculta a los inspectores con autoridad, de las municipalidades, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y del Instituto, 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, además el Tomador del seguro es responsable de los salarios que por tal motivo dejen de percibir sus trabajadores.

**SEGURO OBLIGATORIO DE RIESGOS DEL TRABAJO
CONDICIONES GENERALES****SECCIÓN XVII OTRAS CONDICIONES DEL CONTRATO****CLÁUSULA 68. SUBROGACIÓN**

Si el riesgo del trabajo fuere causado por dolo, falta, negligencia o imprudencia, que constituya delito atribuible a terceros, el Instituto tendrá derecho de cobrar a esos terceros responsables, los gastos incurridos con motivo de la atención de un accidente laboral, en los términos definidos en el artículo 306 del Código de Trabajo.

CLÁUSULA 69. 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 70. DECLARACIONES

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

Sin perjuicio de los derechos que el Código de Trabajo le otorga al Instituto, para verificar los detalles y pormenores, que se relacionan con el seguro de Riesgos del Trabajo de cada Tomador del seguro y los riesgos cubiertos, toda información consignada en la Solicitud de seguro, las solicitudes de variaciones a las condiciones de la póliza o solicitudes de inclusión de proyectos de construcción, las declaraciones de planilla, las inclusiones de nuevos asegurados, los avisos de accidente o enfermedad laboral y ordenes de atención médica, se consideran verdaderas y adquieren el carácter de declaración jurada.

El Tomador del seguro garantiza la veracidad de las declaraciones y responderá por las consecuencias de declaraciones falsas, por lo que deberá velar por la custodia de la documentación del seguro, los códigos y claves de acceso a los sistemas informáticos RT-Virtual, INS-En línea y a cualquier otro al que se le otorgue acceso.

La omisión y/o inexactitud o declaraciones falsas en la información que deba brindar el Tomador del seguro, en la suscripción del seguro o en la presentación del aviso del siniestro, libera al Instituto de sus obligaciones, siempre que esa circunstancia haya influido en la emisión del seguro o en la aceptación y/o ajuste de la solicitud de indemnización.

Si la omisión o inexactitud no es intencional se procederá conforme lo que indica la Ley Reguladora del Contrato de Seguros en su Artículo 32.

**SEGURO OBLIGATORIO DE RIESGOS DEL TRABAJO
CONDICIONES GENERALES****SECCIÓN XVIII RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS****CLÁUSULA 71. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS**

Cuando las partes lo acuerden, las controversias originadas por la aplicación de esta póliza, podrán ser resueltos a través de las 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 72. LEGISLACIÓN APLICABLE

La legislación aplicable será la de la República de Costa Rica. En todo lo que no esté previsto en este Contrato se aplicarán las estipulaciones contenidas en el Código de Trabajo su reglamento, 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.

SECCIÓN XIX COMUNICACIONES**CLÁUSULA 73. COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES**

Toda comunicación relacionada con esta póliza será efectuada por el Instituto directamente al Asegurado y/o Tomador del seguro, su representante legal o quien en su nombre ejerza representación, con al menos treinta (30) días hábiles anteriores al vencimiento de la póliza, o bien enviarlos por correo ordinario, correo certificado, correo electrónico, apartado, a la dirección señalada por el Tomador del seguro en la Solicitud de Seguro o a la última recibida por el Instituto o por medio de los Intermediarios de Seguros; asimismo, podrá realizar cualquiera otra comunicación relacionada con este Contrato.

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

El Asegurado y/o Tomador del seguro podrán comunicarse al Instituto por los siguientes medios:

- Al número de teléfono 800-Teleins (800-8353467).
- Al número de fax: 2221-2294.
- Al correo electrónico: contactenos@ins-cr.com.

CLÁUSULA 74. NOTIFICACIONES

Toda comunicación relacionada con la póliza será enviada al Tomador del seguro o al asegurado, según corresponda, a la dirección, fax o correo electrónico que haya señalado.

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

GRUPO



**SEGURO OBLIGATORIO DE RIESGOS DEL TRABAJO
CONDICIONES GENERALES**

SECCIÓN XX LEYENDA DE REGISTRO

CLÁUSULA 75. REGISTRO ANTE LA SUPERINTENDENCIA GENERAL DE SEGUROS

La documentación contractual y técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros (SUGESE) de conformidad con lo dispuesto en la CLÁUSULA 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, según registro del 13 de mayo de 2016.