



**INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS**  
**SEGURO OBLIGATORIO DE RIESGOS DEL TRABAJO**  
**SOLICITUD DE SEGURO**

Póliza N°

<b>REGISTRO</b>	Este documento solo constituye una solicitud de seguro y no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por el INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS, ni de que en caso de aceptarse, dicha aceptación concuerde con los términos solicitados en ella.			
	1. Fecha y hora:		2. Lugar:	
	Día:	Mes:	Año:	Hora:
3. Tipo de trámite solicitado: <input type="checkbox"/> Emisión <input type="checkbox"/> Rehabilitación				

<b>DATOS DEL TOMADOR DEL SEGURO</b>	4. Tipo de identificación: <input type="checkbox"/> Cédula Jurídica <input type="checkbox"/> Cédula Física <input type="checkbox"/> DIMEX / DIDI <input type="checkbox"/> Pasaporte			
	5. Número de identificación:		6. Nacionalidad:	
	7. Nombre o Razón Social:			
	8. Fecha de nacimiento o constitución de la sociedad):		9. Genero:	
	Día:	Mes:	Año:	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
	10. Profesión u Ocupación:			
	11. Domicilio físico (por señas):			
	12. Provincia:		13. Cantón:	14. Distrito:
	15. Apartado postal:		16. Fax o Facsímil:	
	17. Teléfonos:			
Celular:		Domicilio:	Oficina:	
18. Correo electrónico:				
19. Señale el medio por el cual desea recibir notificaciones del Seguro Obligatorio de Riesgos de Trabajo: <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Fax o Facsímil <input type="checkbox"/> Apartado postal <input type="checkbox"/> Domicilio físico				

<b>MODALIDADES DE ASEGURAMIENTO</b>	20. Seleccione la póliza que desea suscribir (marque solo una opción):		
	<b>PÓLIZAS DE PERIODO CORTO</b> (Estas pólizas tienen una vigencia menor a un año)		
	<input type="checkbox"/> <b>RT-Construcción:</b>	Asegura únicamente a los trabajadores que efectúan labores de construcción en la propiedad del Tomador del seguro. El Tomador del seguro debe ser una persona física y en su condición de patrono no se dedica en forma permanente a la actividad de construcción.	
	<input type="checkbox"/> <b>RT-Cosechas:</b>	Asegura tanto a los trabajadores como al patrono en la actividad de recolección de cosechas. El Tomador del seguro puede ser una persona física o jurídica.	
	<input type="checkbox"/> <b>RT-General:</b>	Asegura tanto a los trabajadores como al patrono. El Tomador del seguro puede ser una física o jurídica.	
	<b>PÓLIZAS PERMANENTES</b> (Estas pólizas tienen una vigencia igual o mayor a un año)		
	<input type="checkbox"/> <b>RT-Adolescente:</b>	Asegura al Tomador del seguro que trabaja de forma independiente. El Tomador del seguro debe ser una persona física entre 15 años y menor de 18 años de edad.	
	<input type="checkbox"/> <b>RT-Agrícola:</b>	Asegura tanto a los trabajadores como al patrono (máximo 10 personas), en actividades de mantenimiento y recolección en la finca del Tomador del seguro. El Tomador del seguro puede ser una persona física o jurídica.	
	<input type="checkbox"/> <b>RT - General:</b>	Asegura tanto a los trabajadores como al patrono. El Tomador del seguro puede ser una persona física o jurídica.	
	<input type="checkbox"/> <b>RT-Hogar:</b>	Asegura a un máximo de 2 trabajadores de servicio doméstico en el hogar. El Tomador del seguro debe ser una persona física.	
<input type="checkbox"/> <b>RT-Independiente:</b>	Asegura al Tomador del seguro que trabaja de forma independiente. El Tomador debe ser una persona física y debe estar inscrito como contribuyente en el Ministerio de Hacienda.		
<input type="checkbox"/> <b>RT-Ocasional:</b>	Asegura solo a los trabajadores contratados eventualmente para realizar actividades de mantenimiento doméstico ocasional en la casa de habitación, lote o terreno del Tomador del Seguro. Cubre máximo 40 horas hombre por mes. El Tomador del seguro debe ser una persona física.		
<input type="checkbox"/> <b>RT-Sector Público:</b>	Asegura a los trabajadores del Estado, municipalidades e instituciones públicas. El Tomador del seguro es una persona jurídica.		
<b>Nota:</b> Si el Tomador del seguro es una persona física y no cuenta con trabajadores al momento de la solicitud de póliza, deberá suscribir la RT-Independiente.			

Instituto Nacional de Seguros / Dirección Oficinas Centrales: Calles 9 y 9 Bis, avenida 7, San José / Apdo. Postal 10061-1000  
Central telefónica 2287-6000 / Fax: 2243-7062 / Consultas: contactenos@ins-cr.com / Defensoría del Cliente: defensoriadcliente@ins-cr.com  
**Consulte nuestra página Web: www.ins-cr.com**

<b>DATOS GENERALES DEL SEGURO</b>	21. Describa el trabajo o actividad económica:		
	22. Dirección exacta donde se ejecutará el trabajo:		
	23. Provincia:	24. Cantón:	25. Distrito:
	26. Fecha de ejecución del trabajo:		
	<b>Inicia:</b> <u>      </u> / <u>      </u> / <u>      </u> <span style="margin-left: 100px;">Día</span> <span style="margin-left: 40px;">Mes</span> <span style="margin-left: 40px;">Año</span>		
	<b>Finaliza:</b> <u>      </u> / <u>      </u> / <u>      </u> <span style="margin-left: 100px;">Día</span> <span style="margin-left: 40px;">Mes</span> <span style="margin-left: 40px;">Año</span>		
27. Tipo de calendario de planillas (marque solo una opción):		29. Monto estimado de la planilla mensual:	
<input type="checkbox"/> <b>Mensual:</b> En este tipo de calendario, las fechas de corte de cada planilla coinciden con el último día natural de cada mes.		30. ¿Adjunta la Planilla de Emisión con el detalle de trabajadores? <input type="checkbox"/> <b>SI.</b> <input type="checkbox"/> <b>NO.</b> El Tomador se compromete a reportar a los trabajadores por medio del sistema RT-Virtual, antes de la fecha de inicio del trabajo o las labores.	
<input type="checkbox"/> <b>Especial:</b> En este tipo de calendario, las fechas de corte de cada planilla no coinciden con el último día natural de cada mes.			
<input type="checkbox"/> <b>No presenta</b> (Opción exclusiva para los siguientes seguros: RT-Adolescente, RT-Agrícola, RT-Cosechas, RT-Hogar, RT-Independiente, RT-Ocasional, RT-Construcción)			
28. Forma de pago de la prima (solo aplica para pólizas permanentes).			
<input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral			
Según la forma de pago elegida, el Instituto aplicará un recargo porcentual sobre la tarifa del seguro por concepto de pago fraccionado. El recargo corresponde a un 8% para la forma de pago semestral y un 11% para la forma de pago trimestral.			

<b>RT-CONSTRUCCIÓN</b>	<b>COMPLETE ESTOS DATOS SI LA PÓLIZA A SUSCRIBIR ES PARA LA ACTIVIDAD DE CONSTRUCCIÓN</b>	
	31. Documento de respaldo de la solicitud de seguro:	32. ¿Adjunta Declaración de Interés Social?
<input type="checkbox"/> Permiso Municipal No.: _____  <input type="checkbox"/> Contrato del CFIA No.: _____  <input type="checkbox"/> Copia del contrato entre las Partes		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
		33. Valor total de la obra:

<b>RT-COSECHAS</b>	<b>COMPLETE ESTOS DATOS ÚNICAMENTE SI LA PÓLIZA A SUSCRIBIR ES RT-COSECHAS</b>		
	34. Fruto o producto a recolectar:		
	35. Unidad de medida a utilizar:	36. Cantidad de unidades a recolectar:	37. Precio a pagar por unidad:

<b>ACEPTACIÓN DEL SEGURO</b>	Declaro que la información aquí contenida es verídica, es completa y forma la base sobre la cual se fundamenta el Instituto para emitir el seguro que solicito. Convengo que cualquier omisión o información falsa o inexacta puede causar el rechazo de cualquier reclamación y la nulidad del contrato. Asimismo entiendo que la falsedad u omisión de cualquier información podría resultar en un intento de fraude contra el Instituto.		
	_____		_____
	38. Firma del Tomador del Seguro o Representante		39. Nombre completo, identificación y puesto del Representante (solo para personas jurídicas)
	<b>USO EXCLUSIVO PARA EL INTERMEDIO DE SEGUROS O REPRESENTANTE DEL INS</b>		
	40. Monto Asegurado:		En mi calidad de Intermediario de Seguros, doy fe de que he revisado el riesgo descrito y que desde mi perspectiva no existen agravaciones para que el Instituto analice esta solicitud de seguro y resuelva aceptar el aseguramiento.
	41. Código actividad:	42. Tarifa:	
43. Prima Anual Estimada:			
44. Nombre completo y código del Intermediario:			
		45. Firma y número de identificación del Intermediario de Seguros o Representante del INS	

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 31 de julio del 2019.

Instituto Nacional de Seguros / Dirección Oficinas Centrales: Calles 9 y 9 Bis, avenida 7, San José / Apdo. Postal 10061-1000  
 Central telefónica 2287-6000 / Fax: 2243-7062 / Consultas: contactenos@ins-cr.com / Defensoría del Cliente: defensoriadelcliente@ins-cr.com  
**Consulte nuestra página Web: [www.ins-cr.com](http://www.ins-cr.com)**



**INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS**  
**SEGURO OBLIGATORIO DE RIESGOS DEL TRABAJO**  
**PLANILLA DE EMISIÓN**

Póliza N°

	TI (1)	N° IDENTIFICACIÓN	NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TJ (2)	SALARIO MENSUAL	OCUPACIÓN
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
TOTAL DE TRABAJADORES				TOTAL DE SALARIOS:				

**Codificación:**

(1) Tipos de Identificación (TI): CN = Cedula Nacional, DU = DIMEX, NP = Número de Pasaporte, NT = Permiso de Trabajo

(2) Tipos de Jornada (TJ): TC = Tiempo Completo, TM = Tiempo Medio, OD = Ocasional contratado por días, OH = Ocasional contratado por horas

Declaro que la información aquí contenida es verídica, es completa y forma la base sobre la cual se fundamenta el Instituto para emitir el seguro que solicito. Convengo que cualquier omisión o información falsa o inexacta puede causar el rechazo de cualquier reclamación y la nulidad del contrato. Asimismo entiendo que la falsedad u omisión de cualquier información podría resultar en un intento de fraude contra el Instituto.

\_\_\_\_\_  
Firma del Tomador del Seguro o Representante

\_\_\_\_\_  
Nombre completo, identificación y puesto del Representante  
(solo para personas jurídicas)