Diario Oficial
LA GACETA
Costa Rica

JORGE EMILIO CASTRO FONSECA (FIRMA)
Firmado digitalmente por JORGE EMILIO CASTRO FONSECA (FIRMA)
Fecha: 2022.08.17 15:11:48 -06'00'

Imprenta Nacional
Costa Rica

ALCANCE Nº 175 A LA GACETA Nº 156

Año CXLIV | San José, Costa Rica, jueves 18 de agosto del 2022 | 87 páginas

REGLAMENTOS

INSTITUCIONES DESCENTRALIZADAS

AUTORIDAD REGULADORA DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS

Imprenta Nacional
La Uruca, San José, C. R.

REGLAMENTOS

INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

DEPARTAMENTO DE RIESGOS DEL TRABAJO

CAPÍTULO I Disposiciones Generales

Artículo 1. Objetivo

Esta Norma Técnica se emite conforme con lo dispuesto en el artículo 208 del Código de Trabajo y tiene por objeto dar a conocer a todos los patronos y trabajadores del país, las disposiciones sobre las cuales se rige el Seguro Obligatorio de Riesgos del Trabajo del INS, en adición a la normativa establecida en el citado código y su reglamento.

Artículo 2. Ámbito de aplicación

Las disposiciones que se establecen en esta Norma Técnica son de aplicación exclusiva para el Seguro Obligatorio de Riesgos del Trabajo del INS.

Artículo 3. Términos y definiciones

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

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

Actividad lucrativa: Término al que hace mención la actividad ejecutada o desarrollada con el objeto de obtener ganancia, lucro o provecho.

Actividades de mantenimiento: Se refiere a las labores para corregir o reparar averías. También se consideran actividades tales como: jardinería, fontanería, pintura, mantenimiento de piscinas, u otras operaciones y cuidados necesarios, que se realizan en la casa de habitación, lote o terreno del Tomador del seguro, para la conservación y buen funcionamiento del inmueble.

Actividades de servicios: Son aquellas labores relacionadas con servicios personales (por ejemplo: peluquería, manicura, pedicura, masajes), lavado de vehículos, limpieza de muebles, peluquería de mascotas, lavado de alfombras, entre otros.

Actividades domésticas: Son aquellas labores propias del hogar que se realizan en forma habitual y continua tales como: aseo, cocina, lavado, planchado, cuidado de niños, cuidado de animales, conductores, guardas, entre otros, que no importen lucro o negocio para el Tomador del seguro.

Adenda Adendum: Documento físico y/o digital que se adiciona a la póliza para agregar, aclarar, eliminar o modificar las Condiciones Generales y Particulares. Forma parte integrante del contrato de seguro

Asegurado: Es el trabajador reportado en la última “planilla o Inclusión de nuevos asegurados” registrada en la póliza, de conformidad con lo dispuesto en el capítulo IX de esta Norma Técnica.

Aumento de seguro: Proceso mediante el cual se incrementa el monto asegurado proyectado, por cuanto éste es insuficiente para cubrir el período de vigencia de la póliza.

Aviso de accidente o enfermedad de trabajo y orden de atención médica: Es el formulario mediante el cual el Tomador del seguro informa al INS sobre la ocurrencia de un riesgo del trabajo. Este formulario se debe completar y procesar por medio del sistema RT-Virtual, o mediante el formulario físico dispuesto por el INS para este fin.

BANHVI: Banco Hipotecario de la Vivienda.

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.

Caso: Se denomina así al evento reportado ante el INS mediante el formulario "Aviso de accidente o enfermedad y orden de atención médica".

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

Caso no asegurado: Es aquel accidente o enfermedad de trabajo reportados al INS, pero que durante el trámite del caso se halló un incumplimiento del Tomador del seguro con relación a la obligación de asegurar a sus trabajadores de previo a la ocurrencia del siniestro, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 44 de esta Norma Técnica.

CCSS: Siglas de Caja Costarricense del Seguro Social.

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

CFIA: Siglas de Colegio Federado de Ingenieros y Arquitectos de Costa Rica.

Coeficiente de variación: Variable del estudio de experiencia que resulta de dividir el total de siniestros entre el 75% de las primas netas del período de estudio, la cual permite definir el porcentaje de recargo o descuento por aplicar a la tarifa promedio.

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

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

Constancia de vigencia de la póliza: Documento que emite el INS con las generalidades de la póliza al momento de su confección

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

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

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

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

Declaración jurada de subcontrato de construcción: Es el formulario que presenta el Tomador del seguro, para comunicar al INS sobre la información requerida de los subcontratos en un proyecto de construcción.

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

Emergencia calificada: Se refiere a la condición médica en donde peligra la vida o funcionalidad de alguna estructura u órgano del cuerpo humano, por lo que requiere una atención médica inmediata.

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

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

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

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

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

Inclusión de nuevos asegurados: Es el formulario mediante el cual el Tomador del seguro informa al INS 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 INS para este fin.

INS: Siglas de Instituto Nacional de Seguros.

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

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

Manual tarifario: Es el documento que contiene las tarifas vigentes por actividad económica, y autorizadas por la Superintendencia General de Seguros (SUGESE), para este seguro.

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

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

Monto asegurado: Se determina con base en la estimación de salarios a pagar, los salarios devengados por los trabajadores o la producción estimada, declarados por el Tomador del seguro en los formularios: “Solicitud de seguro”, “Solicitud de inclusión de proyecto de construcción”, “Declaración jurada de subcontrato de construcción” y “Planilla”, durante el período de vigencia de la póliza.

Monto consumido: Es la sumatoria de los salarios reportados por el Tomador del seguro en las planillas o la producción real entregada, durante un determinado período de vigencia de la póliza.

Norma Técnica: Se refiere a la Norma Técnica del Seguro Obligatorio de Riesgos del Trabajo.

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

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

Planilla de emisión: Se refiere a la Información de los trabajadores reportados en el formulario "Solicitud del seguro", al momento de la emisión de la póliza.

Planilla de inclusión: Es la planilla que se registra de forma automática en la póliza tomando como referencia los datos remitidos en los formularios de "Inclusión de nuevos asegurados".

Planilla de rehabilitación: Se refiere a la Información de los trabajadores reportados en el formulario "Solicitud del seguro", al momento de la rehabilitación de la póliza.

Planilla sustituida: Es la planilla que se registra de forma automática ante la omisión del reporte de planilla, tomando como referencia los datos de la última planilla registrada en la póliza antes de la omisión, ya sea: planilla de emisión, planilla de rehabilitación o planilla de inclusión.

En ausencia de estas, toma como referencia el monto de la planilla estimada en el proceso de emisión, rehabilitación o renovación de la póliza.

Póliza: Se refiere al contrato de seguro.

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

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

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

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

Prima totalmente devengada: Se determina prima totalmente devengada (PTD) aquellas liquidaciones cuyo resultado (valor absoluto) es menor o igual al costo mínimo de emisión y administración de la póliza fijado por el INS o bien, cuando se trata de pólizas que no son liquidables según lo dispuesto en el artículo 33 de esta normativa.

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

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 lesionado o a instancia del Tomador del seguro.

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

Renovación de la póliza: Es el proceso automático mediante el cual el INS renueva a su vencimiento el

contrato de seguro de las pólizas permanentes por un año completo.

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

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

RT: Siglas de Riesgos del Trabajo.

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

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

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

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

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

Siniestro: Accidente de trabajo o enfermedad del trabajo.

Solicitud de Inclusión de proyecto de construcción: Es el formulario que presenta el Tomador del seguro, a efecto de declarar ante el INS toda la información relevante en cuanto al proyecto u obra a desarrollar.

Solicitud de seguro: Es el formulario que presenta el Tomador del seguro a efecto de declarar al INS la información requerida para la emisión o rehabilitación de la póliza.

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 CCSS.

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

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

Tarifa: Se refiere a la tasa porcentual que se aplica sobre el monto asegurado para determinar la prima del seguro.

Tarifa de emisión: Se refiere a la tarifa de la actividad económica asegurada que se define al momento de la emisión de la póliza, de acuerdo al manual tarifario vigente, adicionando el recargo o descuento según las características del seguro, así como el recargo por fraccionamiento de la prima.

Tarifa de manual: Se refiere a la tarifa definida para la actividad económica en el manual tarifario vigente al momento de la emisión, rehabilitación o estudio de experiencia de la póliza.

Tarifa de rehabilitación: Se refiere a la tarifa que se aplica al período de rehabilitación de la póliza como resultado de la reactivación del contrato de seguro que estuvo sin vigencia.

Tarifa de renovación: Se refiere a la tarifa que se aplica a un período anual de la póliza, como resultado del estudio de experiencia en el proceso de renovación automática del contrato de seguro.

Tarifa de riesgo: Se refiere a la tarifa que resulta de dividir el total de costos entre monto asegurado del período de estudio, al momento de realizar el estudio de experiencia en las pólizas RT-Sector Publico.

Tarifa máxima: Se refiere a la tarifa máxima que se puede aplicar a la póliza como resultado del estudio de experiencia. Actualmente se establece en un 16% adicionando los recargos o descuentos por fraccionamiento de la prima y modalidad de aseguramiento.

Tarifa mínima: Se refiere a la tarifa de la actividad económica asegurada conforme al manual tarifario vigente al momento de la suscripción, rehabilitación o estudio de experiencia de la póliza, adicionando los recargos o descuentos por fraccionamiento de la prima y modalidad de aseguramiento.

Tarifa vigente: Se refiere a la tarifa que se aplica al último período de vigencia de la póliza previo al período de renovación que se trate.

Temporalidad: Clasificación de las pólizas según su período de vigencia en permanentes y período corto.

Tercero responsable: Es toda persona responsable de un riesgo del trabajo, con exclusión del patrono, sus representantes en la dirección del trabajo o los trabajadores de él dependientes.

Tomador del seguro: Es la persona física o jurídica que contrata el seguro, en su condición de patrono o trabajador independiente.

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

Trabajo independiente o por cuenta propia: Se refiere a todas aquellas actividades económicas para

la producción de un bien o servicio, que ejecuta una persona directamente sin que medie relación obrero-patronal.

Artículo 4. Resoluciones motivadas

Dentro de las potestades otorgadas al INS en la legislación vigente y aplicable para este seguro, el INS dispondrá de discrecionalidad para resolver casos especiales.

Artículo 5. Participación en programas de beneficios e incentivos

El Tomador del seguro que posea una o más pólizas permanentes en estado vigente con una antigüedad superior a 2 períodos de vigencia anual continuos, podrá participar en los programas de beneficios e incentivos que a discreción del INS se considere pertinente otorgar, en los términos señalados en el Capítulo XV de las Condiciones Generales del seguro.

Se excluyen de dicha participación las pólizas de período corto, RT-Adolescente, RT-Agrícola, RT-Hogar, RT-Independiente y RT-Ocasional.

CAPÍTULO II Disposiciones de Aseguramiento

Artículo 6. Temporalidad de las pólizas

Las pólizas se clasifican según su período de vigencia en:

1. **Permanente**

   Son pólizas suscritas para cubrir actividades cuya duración es igual o superior a un año, o que no está definida.

   Se deben pagar en el plazo para el pago de la prima definido en el artículo 20 de esta Norma Técnica.

2. **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.

   Se deben pagar por adelantado y en un solo tracto, previo a la fecha de inicio de vigencia de la póliza. De pagarse el mismo día, la vigencia inicia a partir de la hora de pago.

Artículo 7. Modalidades de aseguramiento

Las pólizas se clasifican según sus características en:

1. **RT-Adolescente**

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

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

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

2. RT-Agrícola

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

Si el Tomador del seguro es una persona física y no cuenta con trabajadores al momento de la emisión de la póliza, deberá suscribir la póliza RT-Independiente.

3. RT-Construcción

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

La estimación de los salarios a pagar es definida con base en los porcentajes contemplados en el artículo 13 de esta Norma Técnica, por lo que el Tomador del seguro está exonerado de la presentación del formulario “Solicitud de inclusión de proyecto de construcción”.

4. RT-Cosechas

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

Si el Tomador del seguro es una persona física no cuenta con trabajadores al momento de la emisión de la póliza, deberá suscribir la póliza RT-Independiente.

5. RT-Especial Formación Técnica Dual

Son pólizas permanentes o de período corto, adquiridas por empresas o centros de formación para la empleabilidad, que forman parte del convenio de educación o formación en la modalidad dual, sin

que medie una relación laboral; para asegurar a los estudiantes que participan en estos programas de educación.

6. **RT-General**

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

Si el Tomador del seguro es una persona física y no cuenta con trabajadores al momento de la emisión de la póliza, deberá suscribir la póliza RT-Independiente.

7. **RT-Hogar**

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

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

Las opciones para su aseguramiento son:

a. **Opción 1:**

- Un trabajador permanente.
- Uno o más trabajadores ocasionales.

b. **Opción 2**

- Dos trabajadores permanentes.
- Uno o más trabajadores ocasionales.

c. **Opción 3**

- Tres o más trabajadores permanentes.
- Uno o más trabajadores ocasionales.

Se excluyen de este producto las labores relacionadas con:

- Contratación temporal o permanente de servicios de Limpieza, en cualquier otra actividad económica distinta al servicio doméstico.

- Trabajos afines a las actividades de construcción que impliquen: creación, eliminación, modificación estructural o movimientos de tierra.

- Cualquier otra actividad lucrativa.

8. RT-Independiente

Son pólizas permanentes o de período corto, adquiridas por personas físicas en su condición de trabajador independiente, el aseguramiento es voluntario según lo definido en el artículo 194 del Código de Trabajo por lo que el único asegurado es el Tomador del seguro, quien deberá estar inscrito en el Sistema de Identificación de Contribuyentes del Ministerio de Hacienda como contribuyente.

Esta modalidad de aseguramiento posee un recargo del 40% en la tarifa por concepto de siniestralidad y cobertura de 24 horas siempre y cuando se encuentre en el ejercicio de su trabajo.

9. RT-Ocasional

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

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

Se excluyen de este producto las labores relacionadas con:

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

10. RT-Sector Público

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

CAPÍTULO III Suscripción del Seguro

Artículo 8. Respaldo de aseguramiento

En aplicación de lo que dispone el artículo 202 del Código de Trabajo, el documento idóneo para acreditar ante cualquier instancia, que el seguro se encuentra vigente, así como la actividad económica asegurada, es la “Constancia de vigencia de la póliza” emitida por el INS, ya sea de forma física o digital. El tomador deberá verificar la correcta asignación de la actividad económica a la que se dedique, y en caso de ser requerido, gestionar la actualización correspondiente, para que satisfaga la verificación de los interesados.

En dicha constancia también se indicará si el pago de la prima fue realizado oportunamente por el tomador.

Es importante señalar, que en el caso de las pólizas para la actividad de construcción rige lo estipulado en el artículo 24 de esta Norma Técnica.

Artículo 9. Requisitos para la emisión o rehabilitación

Para tramitar este seguro el Tomador del seguro deberá cumplimentar la información requerida en el formulario "Solicitud de seguro" y presentar el documento de identificación en original, vigente y buen estado.

En caso de que una persona diferente al Tomador del seguro se presente a tramitar la suscripción de la póliza, esta persona deberá presentar:

- Documento de identificación en original, vigente y en buen estado.
- Poder generalísimo o en su defecto, un poder especial que faculta a la persona para el trámite de emisión o rehabilitación de la póliza a nombre del Tomador del seguro.
- En caso de no contar con el poder respectivo, una autorización debidamente autenticada por un notario público, en el que el Tomador del seguro lo acredita para realizar el trámite a su nombre.

Adicionalmente, para la emisión o rehabilitación de las modalidades de aseguramiento que se detallan a continuación, se deberá cumplir con los siguientes requisitos:

1. **RT-Construcción**

   El Tomador del seguro deberá aportar como respaldo de la obra de construcción por realizar, uno o varios de los siguientes documentos según corresponda y en el orden prioritario que se citan:

   - "Solicitud de emisión de póliza para trámite municipal" emitida por el CFIA o la Municipalidad respectiva, en original o comprobante de la Web.
   - Si se trata de una edificación de interés social, además del documento anterior deberá aportar la declaración de interés social emitida por una entidad autorizada por el BANHVI.
   - No obstante, si por el tipo de obra de construcción por realizar, no dispone de ninguno de los documentos señalados anteriormente, el monto asegurado se calculará con base en la estimación de salarios a pagar por el Tomador del seguro consignada en la "Solicitud del seguro".

2. **RT-Cosechas**

   El Tomador del seguro deberá indicar en el formulario "Solicitud de seguro" la producción estimada para el nuevo período, así como la fecha de inicio y duración estimada de la nueva cosecha.

Adicionalmente, en caso de rehabilitación de la póliza, deberá aportar la certificación de la producción real entregada y expedida por el ente encargado de recibir la cosecha, con el objetivo de realizar la liquidación del período anterior.

3. RT-General (actividad de construcción)

El Tomador del seguro deberá declarar al INS la obra de construcción por realizar mediante el formulario "Solicitud de inclusión de proyecto de construcción" y adjuntar uno o varios de los siguientes documentos según corresponda y en el orden prioritario que se citan:

- "Solicitud de emisión de póliza para trámite municipal" emitida por el CFIA o la Municipalidad respectiva, en original o comprobante de la Web.

- Si se trata de una edificación de interés social, además del documento anterior deberá aportar la declaración de interés social emitida por una entidad autorizada por el BANHVI.

- Copia de la orden de compra, contrato administrativo o aviso de adjudicación cuando se trate de contratos de obras o licitaciones públicas o privadas.

- Copia de la "Declaración jurada de subcontrato de construcción" firmada entre Tomador del seguro y el contratista, cuando el proyecto se origine por un subcontrato.

- Copia del contrato de obra firmado entre el Tomador del seguro y el contratista o declaración jurada del Tomador del seguro.

- De no contar con algún proyecto en ese momento, deberá aportar la lista de los trabajadores en la que se detalle: el nombre del trabajador, número de identificación, ocupación y salario, o la estimación de los salarios a pagar durante el período de vigencia de la póliza.

Quedará exonerado de la presentación del formulario "Solicitud de inclusión de proyecto de construcción", las personas jurídicas que en su condición de patrono no se dedican en forma permanente a la actividad de construcción y cuyas labores se realizarán en la propiedad del Tomador del seguro. Por tanto, la estimación de los salarios a pagar será definida con base en los porcentajes señalados en el artículo 13 de esta Norma Técnica.

El Tomador del seguro que subcontrate la totalidad o parte de una obra de construcción, deberá reportarlo en la "Solicitud de inclusión de proyecto de construcción", detallando las actividades a subcontratar.

Previo a la fecha de inicio de cada actividad subcontratada, se deberá presentar ante el INS el formulario "Declaración jurada de subcontrato de construcción", debidamente cumplimentado y firmado por el contratista y subcontratista, con el propósito de proceder con el trámite de certificación.

Es importante señalar que, si en dicho formulario no se especifica que el subcontrato incluye materiales y equipo, se entenderá que el mismo corresponde en su totalidad a salarios por pagar.

4. RT-Independiente

El Tomador del seguro deberá estar inscrito como contribuyente independiente en la actividad en la cual desea asegurarse, en el Sistema de Identificación de Contribuyentes del Ministerio de Hacienda, información que será verificada por el INS o el Intermediario de Seguros.

Además, a efecto de calcular el monto asegurado de emisión o rehabilitación, el Tomador del seguro deberá consignar en el formulario de "Solicitud del seguro" la estimación del salario mensual a devengar durante el período de vigencia de la póliza, ingreso que deberá ser demostrado por el Tomador del seguro en caso de siniestro.

De tratarse de una póliza de período corto, también deberá presentar copia del contrato de trabajo firmado entre el Tomador del seguro y el contratista.

Artículo 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 la experiencia de cada contrato de seguro, según lo definido en el artículo 17 de esta Norma Técnica.

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

- Si el Tomador del seguro posee una póliza vigente, se incluirán los trabajadores como nuevos asegurados en la póliza existente, y se hará el ajuste correspondiente en el monto asegurado y la prima, registrándolo como un aumento de seguro.

- Si el Tomador del seguro posee una póliza sin vigencia, ésta se rehabilitará de la forma que se indica en los capítulos IV y V de esta Norma Técnica.

CAPÍTULO IV Cálculo Monto Asegurado

Artículo 11. Monto asegurado en pólizas permanentes

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

1. Emisión

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

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

1.1. Actividades agrícolas

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

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

1.2. Actividades de construcción

El monto asegurado en las pólizas permanentes que amparan actividades de construcción se determinará con base en la estimación de salarios a pagar por el Tomador del seguro, declarado en el o los formularios "Solicitud de inclusión de proyecto de construcción" y "Declaración jurada de subcontrato de construcción".

Para aquellos proyectos cuya duración abarca más de un período de vigencia, se considerará para el cálculo del monto asegurado de cada período, únicamente la proyección de salarios que le corresponda según su cronograma, vigencia de la póliza y forma de pago.

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

$$\mathbf{MA = VTO * PMA}$$

Dónde:	MA	Monto asegurado
	VTO	Valor total de la obra según documento de respaldo (artículo 9 Norma Técnica)
	PMA	Porcentaje estimación monto asegurado (artículo 13 Norma Técnica)

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", multiplicado por la cantidad de meses de vigencia de la póliza (según forma de pago).

2. Rehabilitación

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

No obstante, si el Tomador del seguro está de acuerdo con la estimación del monto asegurado en el

recibo que no fue pagado, se puede generar el recibo de rehabilitación con los mismos cálculos.

3. Renovación o abono

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

- **MR = Promedio de las últimas tres planillas presentadas * p**

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

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

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

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

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

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

Artículo 12. Monto asegurado en pólizas de período corto

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

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

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

1. Actividades de construcción

El monto asegurado en las pólizas de período corto que amparan actividades de construcción corresponderá a la estimación de salarios a pagar por el Tomador del seguro declarada en el formulario "Solicitud de inclusión de proyecto de construcción".

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

$$MA = VTO * PMA$$

Dónde:	MA	Monto asegurado
	VTO	Valor total de la obra según documento de respaldo (artículo 9 Norma Técnica)
	PMA	Porcentaje estimación monto asegurado (artículo 13 Norma Técnica)

No obstante, si por el tipo de obra de construcción por realizar no se requiere de ninguno de los documentos de respaldo señalados en el artículo 9 de esta Norma Técnica, el monto asegurado se calculará con base en la estimación de salarios a pagar por el Tomador del seguro consignada en la “Solicitud del seguro”.

2. Actividades de producción

El monto asegurado en las pólizas RT-Cosechas se determinará multiplicando la producción estimada por el Tomador del seguro, por el precio de recolección según la unidad de medida correspondiente.

Dicho precio de recolección no podrá ser inferior al precio mínimo fijado en el Decreto de Salarios Mínimos del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social vigente al momento del cálculo, cuando corresponda.

Artículo 13. Porcentajes para estimar el monto asegurado en construcción

En los casos en que el Tomador del seguro no declare la estimación de salarios a pagar para una obra de construcción, ya sea por omisión o exoneración, el INS determinará el monto asegurado con base en los siguientes porcentajes:

Tabla 1. Porcentajes para estimar el monto asegurado en construcción

100% Mano de obra pura: Cuando en la "Solicitud de inclusión de proyecto de construcción", "Declaración jurada de subcontrato de construcción" o en el contrato firmado entre el Tomador del seguro y el contratista, se especifique que el monto corresponde únicamente a mano de obra.
35% Edificaciones generales: Bodegas, vivienda unifamiliar, edificio, condominios y similares.
20% Obra civil intensiva en maquinaria y materiales: Acueductos, carreteras, puentes, líneas eléctricas subterráneas, movimientos de tierra, excavaciones, obra hidroeléctrica, electromecánica y similares.
15% Edificaciones de interés social: Financiadas con recursos del Sistema Financiero Nacional para la Vivienda, que cuenten con una declaración de interés social emitida por una entidad autorizada por el

BANHVI y cuyo valor no supere el tope de interés social fijado por esa entidad.
Se excluye de la aplicación de estos porcentajes, las obras públicas catalogadas como caso de urgencia, en los términos que establece el artículo 80 de la Ley de Contratación Administrativa, por lo que se respetará la estimación de los salarios a pagar consignada en la "Solicitud de inclusión de proyecto de construcción".

CAPÍTULO V Tarifación del Seguro

Artículo 14. Tarifa de emisión

La tarifa de emisión de la póliza estará compuesta por:

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

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

$$\mathbf{TEMI = TM * (1 + RF) * (1 + R) * (1 + D_1)}$$

Dónde

TEMI	Tarifa de emisión
TM	Tarifa de la actividad económica asegurada, según el manual tarifario vigente al momento del cálculo
RF	Recargo por fraccionamiento de la prima (artículo 19 Norma Técnica)
R	Recargo según la modalidad de aseguramiento (artículo 7 Norma Técnica)
D_1	Descuento según modalidad de aseguramiento (artículo 7 Norma Técnica)

Artículo 15. Tarifa de rehabilitación

La tarifa de rehabilitación de la póliza estará compuesta por la tarifa aplicada en el último período vigente de la póliza y los puntos por experiencia, según lo definido en el artículo 17 de esta Norma Técnica.

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

Si debido a la buena experiencia siniestral de la póliza la tarifa vigente (aplicada en el último periodo de vigencia de la póliza) es inferior a la tarifa manual con descuento y recargos por modalidad de seguro y fraccionamiento de prima, se podrá valorar la aplicación de esta tarifa a la rehabilitación, siempre y cuando se cumpla con las condiciones que se señalan a continuación:

- La rehabilitación se realice dentro del último período de vigencia de la póliza.
- La póliza muestre un comportamiento de pagos oportunos en los 2 últimos períodos de vigencia del

contrato de seguro, anteriores a la omisión que generó la rehabilitación.

- La póliza debe tener una antigüedad superior a 2 períodos de vigencia anual continuos.
- No poseer deudas pendientes con este seguro (casos no asegurados, liquidaciones y otros), salvo que las tenga y estas se encuentren en arreglo de pago, caso en el cual tales arreglos deben estar al día y sus pagos haberse realizado oportunamente.

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

$$\mathbf{TEX = TVI + PE}$$
$$\mathbf{TMI_{dr} = TM * (1 + RF) * (1 + R) * (1 - D_1)}$$
$$\mathbf{TMI = min\ (TM_{dr}; TVI)}$$
$$\mathbf{TMA = 16 * (1 + RF) * (1 + R) * (1 - D_1)}$$

Dónde:

TREH	Tarifa de rehabilitación
TEX	Tarifa de experiencia
TM_{dr}	Tarifa de manual con descuentos y recargos
TMI	Tarifa mínima (para la póliza)
TMA	Tarifa máxima (para la póliza)
TM	Tarifa de la actividad económica asegurada, según manual tarifario vigente al momento del cálculo
TVI	Tarifa vigente (aplicada en el último período de vigencia de la póliza)
PE	Puntos por experiencia
RF	Recargo por fraccionamiento de la prima (artículo 19 Norma Técnica)
R	Recargo según la modalidad de aseguramiento (artículo 7 Norma Técnica)
D_1	Descuento según modalidad de aseguramiento (artículo 7 Norma Técnica)

Relación:

Si TMA ≤ TEX entonces TREH = TMA: Si la tarifa máxima es menor o igual que la tarifa de experiencia, entonces la tarifa de rehabilitación es igual a la tarifa máxima.

Si TMI ≤ TEX < TMA entonces TREH = TEX: Si la tarifa mínima es menor o igual que la tarifa de experiencia y, la tarifa de experiencia es menor que la tarifa máxima, entonces la tarifa de rehabilitación es igual a la tarifa de experiencia.

Si TEX < TMI entonces TREH = TMI: Si la tarifa de experiencia es menor que la tarifa mínima, entonces la tarifa de rehabilitación es igual a la tarifa mínima.

Artículo 16. 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.

La tarifa de renovación de la póliza estará compuesta por la tarifa aplicada en el último período vigente de la póliza y los puntos por experiencia, según lo definido en el artículo 17 de esta Norma Técnica.

1. Pólizas Sector Privado

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

No obstante, en aplicación de lo que dispone el artículo 4 de esta Norma Técnica, si la tarifa vigente de la póliza es inferior a la tarifa de manual descontada en un 8% debido a la buena experiencia siniestral de la póliza, se podrá utilizar dicha tarifa vigente como la tarifa mínima aplicable al momento del cálculo de la tarifa de renovación.

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

$$\mathbf{TEX = TVI_1 + PE}$$
$$\mathbf{TMI_{dr} = (TM * 0.92) * (1 + RF) * (1 + R) * (1 - D_1)}$$
$$\mathbf{TMI = min\ (TM_{dr;} TVIj)}$$
$$\mathbf{TMA = 16 * (1 + RF) * (1 + R) * (1 - D_1)}$$

Dónde:

TREN	Tarifa de renovación
TEX	Tarifa de experiencia
TMdr	Tarifa de manual con descuentos y recargos
TMI	Tarifa mínima (para la póliza)
TMA	Tarifa máxima (para la póliza)
TVI_1	Tarifa vigente en el último periodo póliza
TVIj	Tarifa vigente (aplicada en el último periodo de la póliza, J =1, a menos que aplique retorno de límite inferior)
PE	Puntos por experiencia
TM	Tarifa de la actividad económica asegurada, según manual tarifario vigente al momento del cálculo
RF	Recargo por fraccionamiento de la prima (artículo 19 Norma Técnica)
R	Recargo según la modalidad de aseguramiento (artículo 7 Norma Técnica)
D_1	Descuento según modalidad de aseguramiento (artículo 7 Norma Técnica)

Relación:

Si TMA ≤ TEX entonces TREN = TMA: Si la tarifa máxima es menor o igual que la tarifa de experiencia, entonces la tarifa de renovación es igual a la tarifa máxima.

Si TMI ≤ TEX < TMA entonces TREN = TEX: Si la tarifa mínima es menor o igual a la tarifa de experiencia y, la tarifa de experiencia es menor que la tarifa máxima, entonces la tarifa de renovación es igual a la tarifa de experiencia.

Si TEX < TMI entonces TREN = TMI: Si la tarifa de experiencia es menor que la tarifa mínima, entonces la tarifa de renovación es igual a la tarifa mínima.

Adicionalmente, si la póliza en los últimos cuatro años, debido a la buena experiencia siniestral, ha tenido una tarifa vigente menor a la tarifa mínima definida en esta Norma, se podrá aplicar como límite inferior dicha tarifa menor, siempre que se cumpla con lo dispuesto para ello en el Capítulo XV de las Condiciones Generales del Seguro para recibir este beneficio.

En caso de que aplique el beneficio del retorno del límite inferior, para el proceso de renovación en la fórmula del cálculo debe considerarse: TMI utilizando TVIj. donde j = 1, 2, 3, 4.

2. Pólizas Sector Público

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

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

$$\mathbf{TEX = TVI + PE}$$
$$\mathbf{TM_d = TM * 0.90}$$
$$\mathbf{TMI = min\ (TM_d; TVI)}$$

Dónde:

TREN	Tarifa de renovación
TEX	Tarifa de experiencia
TM_d	Tarifa de manual descontada
TMI	Tarifa mínima (para la póliza)
TVI	Tarifa vigente (aplicada en el último periodo de la póliza)
PE	Puntos por experiencia
TM	Tarifa de la actividad económica asegurada, según manual tarifario para el sector público, vigente al momento del cálculo

Relación:

Si TMI ≤ TEX entonces TREN = TEX: Si la tarifa mínima es menor o igual que la tarifa de experiencia, entonces la tarifa de renovación es igual a la tarifa de experiencia.

Si TEX < TMI entonces TREN = TMI: Si la tarifa de experiencia es menor que la tarifa mínima, entonces la tarifa de renovación es igual a la tarifa mínima.

Artículo 17. Estudio de experiencia

Al finalizar el período de vigencia de la póliza o al rehabilitar la póliza, el INS efectuará un estudio de experiencia siniestral según el sector al que pertenezca la póliza, y calculará los puntos acumulados por experiencia.

Estos puntos serán considerados en la tarifa de la siguiente renovación o en la tarifa de rehabilitación de la póliza, según sea el caso.

1. Pólizas Sector Privado

1.1. Variables del estudio

a. **Período de estudio:** Lo componen los 3 últimos períodos anuales de vigencia de la póliza, sin considerar el inmediato anterior al período de renovación o rehabilitación.

b. **Total monto consumido:** Es la sumatoria de todos los salarios registrados o la producción real entregada en el "Período de estudio".

c. **Total prima neta:** Es la sumatoria de las primas netas del "Período de estudio".

d. **Tarifa promedio:** Corresponde al resultado de dividir el "Total de prima neta" entre el "Total de monto consumido" multiplicado por 100.

e. **Total siniestros:** Se refiere a la sumatoria de los costos que se hayan generado durante el "Período de estudio", por concepto de las prestaciones del Régimen de Riesgos del Trabajo contempladas en los artículos 218 y 219 del Código de Trabajo.

No se consideran los costos derivados de casos no asegurados y casos en subrogación.

1.2. Estudio de experiencia

1.2.1. Coeficiente de variación

Se calcula utilizando la siguiente fórmula:

$$CV = ((S / P) - 1) * 100$$

Dónde:
- CV — Coeficiente de variación
- S — Se refiere al "Total siniestros" más el 25% correspondiente a otros gastos asociados al pago de las prestaciones.
- P — Corresponde al 75% del "Total prima neta", el cual se destina al pago de siniestros (en el caso de las pólizas RT-Adolescente aplica el 65%)

1.2.2. Porcentaje de recargo o descuento

Se determina con base en el "Coeficiente de variación" obtenido en el punto anterior y ubicando el valor correspondiente en la siguiente tabla. Si en el "Período de estudio" la póliza tuvo buena siniestralidad, el coeficiente de variación resultará negativo; no obstante, para determinar el porcentaje por aplicar se debe tomar el valor absoluto:

Tabla 2. Porcentaje de recargo o descuento

Coeficiente de variación (CV)	Porcentaje por aplicar
0 a menos 10	CV obtenido

10 a menos 25	10%
25 a menos 50	15%
50 a menos 100	20%
100 a menos 200	25%
200 o más	30%

En el caso de las pólizas RT-Adolescente el porcentaje de recargo o descuento se detalla en la siguiente Tabla:

Tabla 3. Porcentaje de recargo o descuento (RT-Adolescente)

Coeficiente de variación (CV)	Porcentaje por aplicar
0 a menos 15	CV obtenido
15 a menos 30	10%
30 a menos 45	15%
45 a menos 60	20%
60 a menos 75	25%
75 a menos 100	30%
100 a menos 150	35%
150 a menos 200	40%
200 o más	50%

1.2.3. Puntos por experiencia del período

Los puntos por experiencia se obtienen de multiplicar la “Tarifa promedio” por el porcentaje determinado en el punto anterior. Si el coeficiente de variación es negativo el resultado final debe multiplicarse por 1 negativo.

2. Pólizas Sector Público

2.1. Variables del estudio

a. **Período de estudio:** Lo componen los 5 últimos períodos anuales de vigencia de la póliza.

b. **Monto asegurado anual medio:** Corresponde al monto asegurado anual promedio del "Período de estudio".

c. **Costo anual medio:** Corresponde al costo anual promedio del "Período de estudio".

2.2. Estudio de experiencia

2.2.1. Tarifa de riesgo

Se calcula utilizando la siguiente fórmula:

$$\mathbf{TRI = CAM / MA}$$

Dónde: TRI Tarifa de riesgo
CAM Costo anual medio de los años considerados
MA Monto asegurado anual medio de los años considerados

2.2.2. Coeficiente de variación

Se determina mediante la siguiente fórmula:

$$CV = ((TRI / TV) - 1) * 100$$

Dónde: CV Coeficiente de variación
TRI Tarifa de riesgo
TV Tarifa vigente de la póliza

2.2.3. Porcentaje de recargo o descuento

Se determina con base en el "Coeficiente de variación" obtenido en el punto anterior y ubicando el valor correspondiente en la siguiente tabla. Si en el período de estudio la póliza tuvo una buena siniestralidad, el coeficiente de variación resultará negativo, no obstante, para determinar el porcentaje por aplicar se debe tomar el valor absoluto.

Tabla 4. Porcentaje de recargo o descuento (RT-Sector Público)

Coeficiente de variación (CV)	Porcentaje por aplicar
0 a menos 10	CV obtenido
10 a menos 20	10%
20 a menos 30	15%
30 a menos 40	20%
40 a menos 50	25%
50 o más	30%

2.2.4. Puntos por experiencia del período

Los puntos por experiencia se obtienen al multiplicar la tarifa vigente de la póliza por el porcentaje determinado en el punto anterior. Si el coeficiente de variación es negativo el resultado final debe multiplicarse por 1 negativo.

CAPÍTULO VI Primas del Seguro

Artículo 18. Prima del seguro

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

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

En ningún caso la prima podrá ser inferior al costo mínimo de emisión y administración de la póliza, el cual está definido en ¢15.000.00 (quince mil colones) por recibo.

Artículo 19. Fraccionamiento de la prima

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

Tabla 5. Porcentajes de recargo por fraccionamiento de la prima

Forma de pago	Recargo
Semestral	8%
Trimestral	11%
Mensual	13%

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

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

Artículo 20. Plazo para el pago de la prima

1. Emisión, rehabilitación y extensión de vigencia

Las primas de emisión, rehabilitación y extensión de vigencia del seguro 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 INS, a la fecha en que se efectuó el pago del mismo y se emitirá un addendum para el Tomador del seguro notificando el cambio realizado. De no recibirse el pago de la prima, el INS procederá con la anulación del trámite.

2. Renovación o abono

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

En caso de que la prima adeudada se pague mediante depósito bancario después del plazo señalado, el INS procederá a aplicarla como rehabilitación de la póliza, siempre y cuando se cumpla con los requisitos establecidos en el artículo 9 de esta Norma Técnica, dejando un periodo de no cobertura y tomando como referencia para la fecha de inicio de vigencia del recibo de rehabilitación, la fecha en que se efectuó el depósito. Adicionalmente, al tomador le serán entregadas las condiciones del contrato con la actualización de la vigencia.

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

3. Liquidación

El INS otorgará un plazo de 10 días hábiles para realizar el pago de la prima de liquidación, contados a partir de la fecha de notificación de la deuda; de no efectuarse el pago en este plazo, el INS realizará el cobro por la vía judicial.

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

Artículo 21. Recargos a la prima

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

Artículo 22. Domicilio para el pago de las primas

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

CAPÍTULO VII Disposiciones para Proyectos de Construcción

Artículo 23. Declaración de subcontratos de construcción

El Tomador del seguro que subcontrate la totalidad o parte de una obra de construcción, deberá reportarlo en la “Solicitud de inclusión de proyecto de construcción”, detallando las actividades a subcontratar.

Previo a la fecha de inicio de cada actividad subcontratada, se deberá presentar ante el INS el formulario “Declaración jurada de subcontrato de construcción”, debidamente cumplimentado y firmado por el contratista y el subcontratista, a efecto de proceder con el trámite de certificación de proyectos de construcción.

En dicha declaración se debe indicar claramente:

- El número patronal de la persona o empresa subcontratada o en su defecto, la oficina de la CCSS en donde está llevando a cabo el trámite de inscripción.

- Si el subcontrato incluye materiales y equipo, en caso de no especificarse se entenderá que el subcontrato corresponde en su totalidad a mano de obra.

De no certificarse la actividad subcontratada, quedará entendido que la misma fue asumida por el Tomador del seguro responsable de la obra y, por tanto, el INS cargará dicho subcontrato en su póliza con una planilla adicional en el período, tomando para tal efecto la información de la planilla del subcontratista.

Artículo 24. Certificación de proyectos de construcción

En aplicación de lo que dispone el artículo 202 del Código de Trabajo, el documento que respalda ante cualquier instancia que una póliza de este seguro para la actividad de construcción se encuentra vigente y cubre determinado proyecto, es la "Certificación de proyectos de construcción" otorgada por el INS ya sea de forma física en original o magnética con firma digital.

No obstante, la entrega de esta certificación queda sujeta a que el monto asegurado en la póliza sea suficiente para cubrir la estimación de los salarios declarados, según la vigencia y forma de pago de la póliza, de lo contrario se deberá efectuar el pago de la prima correspondiente previo a su entrega.

Artículo 25. Anulación de un proyecto de construcción

Si el Tomador del seguro declaró una obra o actividad de construcción y por algún motivo no se ejecutará, podrá solicitar por escrito la anulación de dicha declaración dentro de los 30 días naturales posteriores a la anulación, explicando el motivo y aportando uno o varios de los documentos que se detallan:

- Certificación Municipal en la que se hace constar que el trámite de solicitud y/o el permiso de construcción fueron anulados, cuando el Tomador del seguro es el propietario del permiso de construcción según la "Solicitud de emisión de póliza para trámite municipal", o en su defecto, declaración jurada en escritura pública en la que hace constar que no se ejecutará la obra.

- Certificación de la entidad pública o privada, en la que se hace constar la anulación de la orden de compra o adjudicación, cuando la "Solicitud de inclusión de proyecto de construcción" está asociada a estos documentos.

- Copia del finiquito firmado entre el Tomador del seguro y el contratista, en el que se hace constar la anulación del contrato o subcontrato de construcción original, cuando el Tomador del seguro no es el propietario del permiso de construcción según la "Solicitud de emisión de póliza para trámite municipal" o cuando la "Solicitud de inclusión de proyecto de construcción" está asociada a una "Declaración jurada de subcontrato de construcción".

En caso de no contar con los documentos indicados, el INS realizará la inspección en sitio para constatar el cese de los trabajos.

La anulación de una “Solicitud de inclusión de proyecto de construcción” implica la liberación de la prima correspondiente, por lo cual el INS analizará la solicitud y notificará al Tomador del seguro la resolución, en un plazo no mayor a 30 días naturales.

El INS se reserva el derecho de informar al Estado, municipalidades e instituciones públicas y privadas sobre la anulación solicitada, a fin de que procedan según les corresponda, para cumplir con lo dispuesto en los artículos 202 y 203 del Código de Trabajo.

Artículo 26. Anulación de un subcontrato de construcción

Si el Tomador del seguro declaró un subcontrato de construcción y por algún motivo no se ejecutará, al momento de la suspensión podrá solicitar por escrito la anulación de dicha declaración, explicando el motivo y aportando alguno de los documentos que se detallan:

- Copia del finiquito firmado entre las partes, en el que se hace constar la anulación del subcontrato de construcción original.

- Declaración Jurada en escritura pública, en la que se hace constar la anulación del subcontrato de construcción original.

En caso de no contar con los documentos indicados, el INS realizará la inspección en sitio para constatar el cese de los trabajos.

La anulación de una “Declaración de subcontrato de construcción” conlleva a la anulación de forma automática de la “Solicitud de inclusión de proyecto de construcción” asociada.

Artículo 27. Traspaso de un proyecto de construcción a otro Tomador del seguro

Si un Tomador del seguro declaró una obra o actividad de construcción y por algún motivo será cedida a otro Tomador del seguro, ambos deberán firmar un acuerdo de traspaso del proyecto de construcción y presentar el documento original al INS.

Adicionalmente, el nuevo Tomador del seguro deberá presentar el formulario “Solicitud de inclusión de proyecto de construcción” con la información actualizada del proyecto asumido, a fin de que el INS realice los ajustes que correspondan en su póliza.

El traspaso de un proyecto implica la inclusión de este en la póliza del Tomador del seguro que asume el proyecto, así como la anulación automática de la declaración presentada por el Tomador del seguro que cedió o traspasó el proyecto.

Artículo 28. Modificación de un proyecto de construcción

Con fundamento en lo que establece el artículo 211 del Código de Trabajo, si durante la realización de las actividades de construcción se presentan desviaciones o cambios, con relación a la información declarada en la "Solicitud de inclusión de proyecto de construcción", el Tomador del seguro deberá presentar dentro de los 30 días naturales posteriores a la modificación, una nueva declaración con la información actualizada, siempre y cuando la obra esté en ejecución, a fin que el INS realice los ajustes

de prima que correspondan en la póliza.

CAPÍTULO VIII Liquidación del Seguro

Artículo 29. Proceso de liquidación

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

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

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

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

Artículo 30. Monto consumido del período

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

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

Artículo 31. Prima neta del período

La prima neta del período es el monto de prima precisa y exacta que fue necesaria para cubrir el monto consumido del período, y se obtiene con la siguiente fórmula:

$$PN = MC * TV$$

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

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

Cuando del proceso de liquidación resulte un sobrante de prima y este refleje una desviación entre el monto asegurado y el monto consumido mayor o igual al 14% y, además, la prima sea mayor o igual a

¢300.000.00 (trescientos mil colones), el INS se reservará el derecho de solicitar al Tomador del seguro la documentación necesaria para respaldar dicha diferencia, de conformidad con lo que establecen los artículos 205 y 214 inciso c) del Código de Trabajo.

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

De persistir un sobrante el mismo será aplicado como:

1. **Póliza vigente**

   Si la póliza se encuentre vigente el sobrante de prima será aplicado como aumento de seguro al siguiente período de vigencia de la póliza; no obstante, el Tomador del seguro podrá solicitar la devolución, respetando las disposiciones que se indican en el siguiente artículo.

2. **Póliza sin vigencia**

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

Artículo 32. Devolución del sobrante de liquidación

La devolución del sobrante de liquidación procederá únicamente cuando la prima pagada del período vigente sea suficiente para cubrir el monto asegurado de dicho 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 INS, en la que se indique:

- Número de cuenta IBAN en colones a nombre del Tomador del seguro y el banco al que corresponde, para realizar el depósito en caso de proceder la devolución.

- Si la póliza tiene forma de pago semestral, trimestral o mensual deberá indicar la proyección de salarios a pagar para los meses faltantes para completar el período de vigencia de la póliza.

El INS procederá con el análisis de la solicitud y notificará al Tomador del seguro la resolución, en un plazo no mayor a 30 días naturales.

Artículo 33. Liquidaciones declaradas prima totalmente devengada

Se declara como prima totalmente devengada cuando el resultado de la liquidación es menor o igual al costo mínimo de emisión y administración de la póliza, fijado en el artículo 18 de esta Norma Técnica.

Asimismo, las siguientes pólizas se declaran prima totalmente devengada de oficio, debido a las características propias de cada una de ellas:

- RT-Adolescente
- RT-Agrícola
- RT-Construcción
- RT Especial Formación Técnica Dual
- RT-Hogar
- RT-Independiente (siempre y cuando no haya variación del ingreso salarial mensual)
- RT-Ocasional
- Pólizas de período corto (excepto: RT-Cosechas y RT-General -actividad de construcción-)

CAPÍTULO IX Reporte de Trabajadores

Artículo 34. Sistema RT-Virtual

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

Artículo 35. Aseguramiento de nuevos trabajadores

Cuando el Tomador del seguro contrate un nuevo trabajador, deberá informarlo al INS con anterioridad al inicio de sus labores, utilizando el formulario electrónico "Inclusión de nuevos asegurados" en el sistema RT-Virtual, en apego a lo dispuesto en el artículo 216 del Código de Trabajo.

Igual procedimiento aplicará para el aseguramiento de los trabajadores en el caso de la emisión o rehabilitación de la póliza, cuando el Tomador del seguro no reporte a los trabajadores en el formulario “Solicitud de seguro”.

Posteriormente, el Tomador del seguro deberá incluir al trabajador en la planilla del período que corresponda según la fecha de ingreso, excepto para las modalidades de aseguramiento señaladas en el artículo 37 de esta Norma Técnica.

El Tomador del seguro está exonerado de la obligación de presentar el formulario “Inclusión de nuevos asegurados”, en las siguientes pólizas:

- RT-Adolescente
- RT-Agrícola
- RT Especial Formación Técnica Dual
- RT-Hogar (cuando se trata del trabajador ocasional)
- RT-Independiente
- RT-Ocasional
- RT-Sector Público
- Pólizas de período corto
- Pólizas con beneficio de colectividad

Artículo 36. Calendario anual de planillas

Para las pólizas con calendario mensual, el Instituto cargará automáticamente el calendario el día de inicio de vigencia de la póliza, sea por emisión, rehabilitación o renovación.

Cuando el tomador requiera reportar un calendario especial, deberá registrarlo por medio del sistema RT-Virtual indicando las fechas de inicio y fin de cada período de planilla; durante los primeros 10 días hábiles posteriores a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, sea por emisión, rehabilitación o renovación.

Si el Tomador del seguro no presenta dicho calendario el INS aplicará de oficio el calendario tradicional, el cual se compone de 12 períodos de planilla y cada período coincide con cada mes del año.

Se encuentran excluidas de la obligación de registrar este calendario, las pólizas que se señalan a continuación:

- RT-Adolescente
- RT-Agrícola
- RT-Construcción
- RT-Cosechas
- RT Especial Formación Técnica Dual
- RT-Hogar
- RT-Independiente
- RT-Ocasional
- Pólizas de período corto

Artículo 37. Declaración periódica de planillas

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

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

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

De conformidad con lo definido en el artículo 39 de esta Norma Técnica, de no realizar el reporte de los trabajadores de nuevo ingreso en la planilla, el INS lo incluirá de oficio registrando el salario declarado en la “Inclusión de nuevos asegurados”, proporcionalmente a los días acumulados entre la fecha de inicio del aseguramiento y el último día natural del período de planilla.

En los casos en que un trabajador es reportado en la planilla con un salario inferior al salario mínimo que le corresponde, según el Decreto de Salarios Mínimos vigente para el periodo de planilla, el INS se

reservará el derecho de solicitar al Tomador del seguro la documentación necesaria para respaldar dicha diferencia, de conformidad con lo que establece el inciso c) del artículo 214 del Código de Trabajo.

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

- RT-Adolescente
- RT-Agrícola
- RT-Construcción
- RT-Cosechas
- RT Especial Formación Técnica Dual
- RT-Hogar
- RT-Independiente (siempre y cuando no haya variación del ingreso salarial mensual)
- RT-Ocasional

Artículo 38. Suspensión temporal de los trabajos

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

Será suficiente que el Tomador del seguro incluya nuevamente los trabajadores asegurados en la planilla, para que el seguro se reactive de forma automática.

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

Artículo 39. Procedimiento en caso de no recibirse la planilla

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

En caso de no existir planilla registrada, el INS tomará de oficio la planilla con la cual se calculó la renovación, emisión o rehabilitación de la póliza para sustituir la no presentación.

Artículo 40. Plazo para la exclusión de asegurados

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

Para el periodo inmediato siguiente de planilla, el tomador únicamente deberá eliminar al trabajador

excluido del reporte.

Artículo 41. Plazo para corregir o anular la planilla e inclusión de nuevos asegurados

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

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

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

CAPÍTULO X Disposiciones sobre Indemnizaciones

Artículo 42. Procedimiento en caso de siniestro

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

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

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

Artículo 43. Plazo para denunciar el siniestro

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

Sin embargo, si el siniestro se reporta transcurrido este plazo la aceptación del mismo quedará a criterio

administrativo, salvo que haya transcurrido el plazo de prescripción contenido en el artículo 304 del Código de Trabajo, en cuyo caso el siniestro no será aceptado.

Artículo 44. Determinación de casos no asegurados

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

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

- Cuando el patrono cuente con una póliza de Riesgos del Trabajo, pero ésta no se encuentre vigente al momento de ocurrencia del siniestro.

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

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

- Cuando el siniestro ocurre en el mismo mes de ingreso del trabajador a la empresa, y el trabajador no fue reportado mediante el formulario “Inclusión de nuevos asegurados”, antes de la ocurrencia del siniestro.

- Cuando se omita la “Inclusión de nuevos asegurados” y el trabajador no se haya reportado en la planilla de emisión o rehabilitación de la póliza (según corresponda), antes de la fecha de ocurrencia del siniestro.

- Cuando la póliza está exonerada de la presentación del formulario “Inclusión de nuevos asegurados”, el siniestro ocurre en el mismo mes de inicio de labores del trabajador en el centro de trabajo, y el trabajador no se encuentre reportado en la planilla que corresponda al período de ingreso.

- Cuando la Empresa o Centro de Formación reciba a los estudiantes del programa de Educación y formación técnica profesional (EFTP) modalidad Dual y no cuente con el seguro vigente para esta modalidad de aseguramiento.

- Cuando la Empresa o Centro de Formación tenga vigente el Seguro RT-Especial Formación Técnica Dual, pero la persona accidentada y que es reportada al amparo de este seguro sea un trabajador ordinario de la empresa o Centro de Formación.

Artículo 45. Disposiciones sobre casos no asegurados

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

Una vez emitido el cobro, el patrono dispondrá de un plazo máximo de 10 días hábiles, para depositar las sumas adeudadas al INS, contados a partir de la fecha de la respectiva notificación. Vencido ese término, el INS exigirá por la vía ejecutiva el depósito de la suma adeudada, más los intereses legales y las costas correspondientes; sin perjuicio de eventual afectación en su historial crediticio, por el incumplimiento en el pago de las sumas adeudadas.

Artículo 46. Disposiciones sobre casos no amparados

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

El INS 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 INS por no tratarse de un riesgo de trabajo.

Artículo 47. Aceptación de casos no asegurados por excepción

El INS conservará el derecho de estudiar y eventualmente tener como asegurado un caso que se haya determinado como no asegurado, siempre y cuando el Tomador del seguro posea una póliza de Riesgos del Trabajo en las siguientes condiciones:

- Haber pagado puntualmente todas las primas.
- Haber presentado oportunamente todas las declaraciones de planilla (no deben registrarse planillas de inclusión ni sustitución).
- No registrar casos no asegurados durante el período de estudio.
- No poseer deudas pendientes con el Régimen de Riesgos del Trabajo; no obstante, si estas se encuentran en arreglo de pago, que el mismo se encuentre al día y los pagos se hayan realizado oportunamente.

En el caso de las pólizas permanentes se tomará como referencia la información de los 2 últimos períodos de vigencia de la póliza, anteriores a la fecha de ocurrencia del siniestro.

Para realizar el estudio respectivo, el Tomador del seguro deberá presentar la solicitud formal por escrito para la revisión del caso; y, además, aportar la documentación que demuestre fehacientemente que el lesionado es su trabajador, como por ejemplo la planilla de la C.C.S.S. del período en que se omitió el reporte al INS en la que se registra el debido aseguramiento como trabajador.

La aceptación de un caso no asegurado por excepción, implica su inclusión en la siniestralidad de la póliza y por ende, el ajuste de todos los factores relacionados, por ejemplo: los puntos por experiencia del período 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 definidos en esta Norma Técnica.

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

CAPÍTULO XI Suministro de Prestaciones

Artículo 48. Prestaciones que otorga el seguro

Las prestaciones que otorgará este seguro serán las dispuestas en los artículos 218 y 219 del Código de Trabajo, así como aquellas adicionales otorgadas por el INS mediante Acuerdo de la Junta Directiva.

Artículo 49. Prestaciones médicas

Cuando ocurra un riesgo del trabajo, 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, la red de servicios de salud del INS que se detallan en la información concerniente al Grupo INS en la página web institucional, salvo en aquellos casos de emergencia calificada en que podrá recurrir al centro médico más cercano, hecho que deberá hacer del conocimiento inmediato del INS mediante el formulario “Aviso de accidente o enfermedad de trabajo y orden de atención médica”.

Artículo 50. Prestaciones en dinero

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

1. Incapacidad temporal

1.1. Cálculo del salario diario

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

$$SD = PP / TD$$

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

1.2. Cálculo del subsidio salarial

El cálculo del subsidio salarial se determinará en los términos señalados en el artículo 236 del

Código de Trabajo, de la siguiente manera:

Primeros 45 días de incapacidad	**Después de los 45 días de incapacidad**
SS = SD * 60%	SS = TONC + ((SD - TONC) * 67%)

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

1.3. Reconocimiento del subsidio

1.3.1. Trabajador con varios patronos

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

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

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

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

1.3.2. Trabajador con nuevo patrono

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

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

1.3.3. RT-Independiente

El INS se reservará el derecho de solicitar al Tomador del seguro la documentación necesaria para comprobar fehacientemente lo declarado, de conformidad con lo que establece el artículo 214 inciso c) del Código de Trabajo.

1.3.3.1. Cálculo del ingreso salarial

Las prestaciones en dinero a cargo del INS en virtud del seguro contratado se calcularán estrictamente sobre el salario mensual asegurado al momento de la ocurrencia del evento, cuya demostración dependerá de los siguientes criterios:

a. Si el salario considerado para el cálculo del subsidio salarial es menor o igual que el salario de la ocupación fijado en el Decreto de Salarios Mínimos del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social vigente a la fecha de cálculo, no será necesario demostrar el ingreso.

b. Si el salario considerado para el cálculo del subsidio salarial es mayor que el salario de la ocupación fijado en el Decreto de Salarios Mínimos del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social vigente a la fecha de cálculo, el Tomador del seguro deberá aportar alguno de los documentos que se citan:

- Declaración personal del impuesto sobre la renta correspondiente al ejercicio liquidado del año en curso.

- Certificación de contador público que especifique el ingreso neto de los 3 meses anteriores a la fecha del accidente o tiempo menor laborado.

En ningún caso el INS tendrá la responsabilidad de indemnizar con base en un salario mayor al demostrado.

1.3.3.2. Reconocimiento del subsidio salarial

El pago de las incapacidades otorgadas se realizará por periodo vencido y para el reconocimiento del subsidio salarial el Tomador del seguro deberá demostrar la pérdida económica que ha sufrido durante el período de incapacidad, según corresponda:

a. Si no está operando el negocio

Póliza período corto	Póliza permanente
Deberá presentar los siguientes documentos: - Carta de la empresa con la que mantiene el contrato de trabajo vigente, en la que se indique que no ha continuado brindándoles el	**Deberá presentar uno o varios de los siguientes documentos:** - Declaración personal parcial del impuesto sobre la renta presentada al Ministerio de Hacienda, en la cual se evidencie la disminución

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

b. Si está operando el negocio:

Deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- Demostrar la contratación de un nuevo colaborador que lo sustituya.

- Suscribir una nueva póliza (RT-General) para asegurar al nuevo colaborador y cumplir con el proceso de "Inclusión de nuevos asegurados" del nuevo trabajador y su reporte posterior en la "Planilla".

El INS se reservará el derecho de solicitar al Tomador del seguro la documentación necesaria para comprobar fehacientemente lo declarado, de conformidad con lo que establece el artículo 214 inciso c) del Código de Trabajo.

1.3.4. Patrono asegurado

Cuando el patrono esté asegurado en la póliza, el pago de las incapacidades otorgadas se realizará por periodo vencido y para el reconocimiento del subsidio salarial el Tomador del seguro deberá demostrar la pérdida económica que ha sufrido durante el período de incapacidad, según corresponda

a. Si no está operando el negocio

Póliza período corto	Póliza permanente
Deberá presentar los siguientes documentos: - Carta de la empresa con la que mantiene el contrato de trabajo vigente, en la que se indique que no ha continuado brindándoles el servicio. - Se debe adjuntar copia visible de la identificación del responsable que suscribe la carta y número de teléfono para respectiva verificación.	**Deberá presentar uno o varios de los siguientes documentos:** - Declaración personal parcial del impuesto sobre la renta presentada al Ministerio de Hacienda, en la cual se evidencie la disminución del ingreso durante el período de incapacidad. - Planillas presentadas ante la CCSS de los meses correspondientes al período de incapacidad. - Factureros posteriores a la fecha del accidente, en caso de existir evidencia de que hubo facturación durante el período de incapacidad, el INS se reserva el derecho de hacer las indagaciones respectivas. - Copia de contratos de trabajo vigentes a la fecha del accidente y cartas de las respectivas empresas en las que se indique que no ha continuado brindándoles el servicio (se debe adjuntar copia visible de la identificación del responsable que suscribe la carta y número de teléfono para respectiva verificación).

b. Si está operando el negocio

Deberá demostrar la contratación de un nuevo colaborador que lo sustituya y cumplir con el proceso de "Inclusión de nuevos asegurados" del nuevo trabajador en la póliza y su reporte posterior en la "Planilla".

1.3.5. Reapertura

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

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

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

2. Incapacidad permanente

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

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

2.1. Incapacidad menor permanente

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

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

2.2. Incapacidad parcial permanente

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

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

2.3. Incapacidad total permanente

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

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

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

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

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

2.4. Gran invalidez

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

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

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

2.5. Muerte del trabajador

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

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

3. Reconocimiento de gastos

3.1. Funeral y traslado

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

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

- Copia del certificado de defunción.

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

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

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

3.2. Traslado, hospedaje y alimentación

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

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

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

3.3. Facturas

3.3.1. Condiciones

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

- Si el reclamo es calificado como emergencia médica por parte del INS, según lo establecido en el artículo 230 del Código de Trabajo, se reconocerá el 100% de la factura original aportada.

- Si existe una referencia médica por parte de los servicios otorgados por el INS que autorice al lesionado a realizar el pago, se reconocerá el 100% de la factura original aportada.

- Si el reclamo no es calificado como emergencia médica por parte del INS, se reconocerá el pago de acuerdo a las tarifas establecidas en contratos y convenios del INS con proveedores médicos externos.

3.3.2. Requisitos

Para el reconocimiento de facturas, el Tomador del seguro deberá denunciar el siniestro conforme lo dispuesto en el artículo 42 de esta Norma Técnica y el pago se realizará, a quien demuestre haber pagado las facturas y para tal efecto deberá presentar al INS:

- Solicitud por escrito del reintegro.

- Las facturas originales timbradas y en buen estado o electrónica según lo dispuesto por la Dirección General de Tributación, legibles, sin alteraciones, tachones o borrones de ningún tipo.

- Número de cuenta IBAN en colones a su nombre y el banco al que corresponde, para realizar el depósito en caso de proceder el reconocimiento.

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

.

CAPÍTULO XII Incumplimiento en Salud Ocupacional

Artículo 51. Recargo por incumplimiento de medidas en salud ocupacional

De conformidad con lo que establece el artículo 215 del Código de Trabajo, el INS podrá recargar el monto de la prima de este seguro hasta en un 50% por incumplimiento en la adopción de medidas preventivas en salud ocupacional y dicha sanción se aplicará considerando el aumento que se origina en el riesgo por el incumplimiento de las disposiciones en materia de salud ocupacional, el número de trabajadores expuestos a tales riesgos y la experiencia de siniestralidad del patrono renuente.

Para efectos prácticos los elementos que se consideran para la medición de los componentes definidos en el artículo 215 del Código de Trabajo, son:

1. Indice de siniestralidad (NP1)

El índice de siniestralidad se utiliza para la medición de la experiencia siniestral del patrono, que incumple con las medidas de prevención, mediante la ponderación de variables que relacionan la frecuencia de casos laborales (índice de incidencia) y su gravedad (Razón costo prima) de tal forma que cuando el índice de siniestralidad es igual o menor a 1 se determina buena experiencia y si es mayor a 1 mala experiencia.

El cálculo del índice de siniestralidad se realiza según la formula siguiente:

$$IS = ((II / IIS) * 0.25 + (RCP / RCR) * 0.75)$$

Dónde:

IS	Índice de siniestralidad
II	Índice de incidencia de accidentes y enfermedades de trabajo de la empresa evaluada
IIS	Índice de incidencia definido por el INS como estándar para el sector en el que se ubica la empresa
RCP	Razón costo a prima de la póliza evaluada
RCR	Razón costo a prima definido por el Régimen con base en la relación entre los gastos generales y el costo de la siniestralidad del Régimen

Tabla 6. Evaluación del índice de siniestralidad

Índice siniestralidad	NP1
IS ≤ 1	0
1 < IS ≤ 2	15
2 < IS ≤ 4	20
IS > 4	25

2. Grado de riesgo (NP2)

Se refiere al indicador que se utiliza para medir el aumento del riesgo que se origina por el incumplimiento de las disposiciones en materia de salud ocupacional, según método con reconocimiento técnico internacional como el Método de Evaluación del Riesgo del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) de España descrito en el artículo 55 de esta Norma Técnica.

Tabla 7. Variación del grado de riesgo

Grado de riesgo	NP2
Intolerable	25
Importante	20
Moderado	15
Tolerable	10
Trivial	0

3. Incumplimiento de medidas de salud ocupacional (NP3)

Determina el nivel de incumplimiento de las medidas de salud ocupacional emitidas por los inspectores del INS, Ministerio de Trabajo, Ministerio de Salud y Consejo de Salud Ocupacional (siempre que esas instancias lo hayan hecho del conocimiento del INS), una vez transcurrido el periodo definido por la instancia que la emite para que sean atendidas las mismas, de conformidad con lo establecido en el artículo 215 del Código de Trabajo y el artículo 19 del Reglamento General de los Riesgos del Trabajo.

NP3 = 35

Para ponderar las medidas se aplica la clasificación de medidas según el grado de riesgo, indicados en el inciso anterior.

4. Porcentaje de población afectada (NP4)

Se refiere al porcentaje de población afectada, con respecto a la población total cubierta por la póliza de riesgos del trabajo, por el incumplimiento de las medidas de prevención en salud ocupacional.

Para esta consideración se tendrá el porcentaje de trabajadores expuestos al riesgo que potencialmente se ven afectados por la materialización del mismo, tomando como población total para calcular el

porcentaje de trabajadores expuestos, la población total del centro de trabajo correspondiente donde se identificó el riesgo, según los siguientes criterios:

Tabla 8. Población afectada por el riesgo no controlado

Población afectada	NP4
80% al 100%	15
50% al 79%	12
20% al 49%	9
5% al 19%	6
menor al 5%	3

La relación utilizada para ponderar los aspectos anteriores es:

$$FR = ((NP1 + NP2 + NP3 + NP4) / 100)$$

Dónde: FR Factor porcentual de recargo aplicado sobre las primas definidas para la póliza del patrono
NP# Factor nivel de ponderación

Artículo 52. Cálculo de recargo de la prima (RP)

Definido el factor de recargo, se aplica el resultado en forma automática a la prima a devengar, mediante la siguiente relación:

$$RP = ((FR / 2) * PD)$$

Dónde: RP Factor de recargo de la prima
FR Factor porcentual de recargo aplicado sobre las primas definidas para la póliza del patrono
PD Prima a devengar

Artículo 53. Aplicación del recargo

El incremento se aplica a la prima a devengar, en cualquier momento de la vigencia de la póliza; se cobra como recargo del Seguro, por la agravación de riesgo existente.

Cuando no se adopten las medidas preventivas dictadas por la administración de este seguro, se procederá con tal recargo en el porcentaje referido en el artículo 215 del Código de Trabajo, dividido en 24 tractos, para el primer y segundo año de incumplimiento, hasta alcanzar el máximo en el tercer año de mantenerse esta condición, así:

Recargo para el 1er y 2do año	Recargo para el 3er año
(RP / 24) * NI	RP

Dónde: RP Factor de recargo de la prima
NI Meses transcurridos desde que se comunicó la sanción hasta

realizar el cobro. El pago se debe realizar con el primer cobro del seguro posterior a la sanción.

Este recargo a la prima se aplica luego que se ha comunicado al patrono renuente, en razón de no haber cumplido lo que establece el artículo 214, inciso d) del Código de Trabajo y se elimina a partir del momento en que el INS compruebe, por medio de las autoridades competentes, el cumplimiento de las medidas preventivas por parte de la empresa.

Artículo 54. Estándares para el cálculo del índice de siniestralidad

Los estándares están definidos por el INS y en aplicación del artículo 215 del Código de Trabajo.

1. Índice de incidencia

El índice de incidencia se calcula mediante la siguiente fórmula:

$$II = ((CP / PP) * 1000)$$

Dónde: II Índice de incidencia
CP Cantidad de casos presentados al régimen
PP Cantidad promedio de trabajadores reportados en el período de evaluación

Se interpreta como el número de casos de trabajadores expuestos a un riesgo laboral (por accidente o enfermedad de trabajo) por cada 1000 trabajadores asegurados.

Tabla 9. Parámetros para evaluar índice de incidencia

Código	Actividad económica	Índice incidencia
A	Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	210
B	Explotación de minas y canteras	180
C	Industrias manufactureras	120
D	Suministro de electricidad, gas, vapor y aire acondicionado	110
E	Suministro de agua; evacuación de aguas residuales, gestión de desechos y descontaminación	240
F	Construcción 220	
G	Comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos, automotores y motocicletas	70
H	Transporte y almacenamiento	100
I	Actividades de alojamiento y de servicios de comidas	60
J	Información y comunicaciones	30
K	Actividades financieras y de seguros	20
L	Actividades inmobiliarias	70
M	Actividades profesionales, científicas y técnicas	30
N	Actividades de servicios administrativos y de apoyo	90
O	Administración pública y defensa; planes de seguridad	

	social de afiliación obligatoria	70
P	Enseñanza	20
Q	Actividades de atención de la salud humana y de asistencia social	60
R	Actividades artísticas, de entretenimiento y recreativas	110
S	Otras actividades de servicios	40
T	Actividades de los hogares como empleadores; actividades no diferenciadas de los hogares como productores de bienes y servicios para uso propio	30
U	Actividades de organizaciones y órganos extraterritoriales	40

2. Razón costo-prima

Como base de comparación para aplicar a las primas un recargo por incumplimiento en la adopción de medidas preventivas, se utiliza una razón costo-prima mayor a 0.75.

Artículo 55. Metodología de evaluación de riesgos

La metodología de evaluación de riesgos es propuesta por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene del Trabajo (INSHT) de España, y adoptado para definir el grado de riesgo (GR).

1. Identificación de peligros

Para la identificación de peligros se define criterios con base a:

- La existencia de un fuerte daño.
- Quién o qué podría ser dañado.
- Cómo podría ocurrir el daño.

Para facilitar el proceso de identificación de peligros se deben categorizar los mismos en distintos grupos, de acuerdo con la causa externa del daño potencial que podrían producir.

2. Estimación del riesgo

Para cada peligro detectado se debe estimar el riesgo, determinando la potencial severidad del daño, es decir, las consecuencias si se materializa el riesgo y la probabilidad de que ocurra.

2.1. Severidad del daño

Para determinar la severidad del daño se realizaron consideraciones basadas en la inspección visual del puesto y la información obtenida. Para ello se debe tener en cuenta el daño que podría tener el trabajador, graduado desde:

Ligeramente dañino (LD): Daños superficiales, cortes menores, irritación de ojos por polvo, molestias, entre otros.

Dañino (D): Laceraciones, fracturas menores, quemaduras, sordera, dermatitis, asma,

trastornos músculo esqueléticos, enfermedad de trabajo que conduce a una incapacidad menor.

Extremadamente dañino (ED): Amputaciones, fracturas mayores, intoxicaciones, enfermedades crónicas que acorte severamente la vida, entre otros.

2.2. Probabilidad

La misma se gradúa desde:

Alta (A): El daño ocurrirá siempre o casi siempre.

Media (M): El daño ocurrirá en algunas ocasiones.

Baja (B): El daño ocurrirá raras veces.

En este sentido, para establecer la probabilidad del daño se debe considerar si las medidas existentes son apropiadas para el control del riesgo y si estas están acordes a la legislación vigente, los trabajadores especialmente sensibles, la exposición al peligro, fallos en los servicios, los actos inseguros de las personas o actos sub-estándar (donde existen estándares) y la protección suministrada por los Equipos de Protección Personal.

A continuación, se muestra la tabla que permite interrelacionar las variables antes citadas:

Tabla 10. Consecuencias y probabilidades del riesgo

	CONSECUENCIAS		
PROBABILIDAD	**Ligeramente Dañino**	**Dañino**	**Extremadamente Dañino**
Baja	RIESGO TRIVIAL	RIESGO TOLERABLE	RIESGO MODERADO
Media	RIESGO TOLERABLE	RIESGO MODERADO	RIESGO IMPORTANTE
Alta	RIESGO MODERADO	RIESGO IMPORTANTE	RIESGO INTOLERABLE

3. Valoración de riesgos

Una vez establecida la evaluación de los riesgos se requiere definir su impacto, el cual establece en términos generales lo siguiente:

Trivial (T): Cuando no se requiere una acción específica.

Tolerable (TO): Cuando no se necesita mejorar la acción preventiva. Sin embargo, se deben considerar soluciones más rentables o mejoras que no supongan una carga económica importante.

Se requieren comprobaciones periódicas para asegurar que se mantiene la eficacia de las medidas de control.

Moderado (M): Cuando se deben hacer esfuerzos para reducir el riesgo; determinando las inversiones precisas. Las medidas para reducir el riesgo deben implantarse en un período determinado.

Cuando el riesgo moderado está asociado con consecuencias extremadamente dañinas, se precisará una acción posterior para establecer, con más precisión, la probabilidad de daño como base para determinar la necesidad de mejora de las medidas de control.

Importante (I): Cuando no se debe comenzar el trabajo sin que se haya controlado el riesgo. Puede que se precisen recursos considerables para controlar el riesgo.

Cuando el riesgo corresponda a un trabajo que se está realizando, debe remediarse el problema en un tiempo inferior al de los riesgos moderados.

Intolerable (IN): Cuando no debe comenzar ni continuar el trabajo hasta que se reduzca el riesgo. Si no es posible reducir el riesgo implica una reducción inmediata del riesgo, esto para poder comenzar o continuar con el trabajo.

La documentación contractual y nota técnica del Seguro Obligatorio de Riesgos del Trabajo, está registrada ante la Superintendencia General de Seguros (SUGESE) de conformidad con lo dispuesto en el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, según registro del 08 de agosto del 2022.

En consecuencia, todos los patronos tienen el deber de conocerla e informar a quienes tengan relación directa con el seguro, además de disponer de un ejemplar para acceso de todos sus trabajadores.

Lic. Aicen Artavia Monge, Jefatura.—1 vez.—(IN2022668656).