

La Uruca, San José, Costa Rica, martes 08 de diciembre del 2009. N° 238

INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS
NORMA TÉCNICA DEL SEGURO DE RIESGOS DEL TRABAJO

Tabla de contenido

Introducción

1. Objeto
2. Ámbito de aplicación
3. Referencias
4. Disposiciones generales
5. Normalización
6. Prevención de riesgos laborales
7. Declaración jurada de la empresa para la homologación de la gestión preventiva
8. Tarifación del seguro
9. Suscripción del seguro
10. Administración del seguro
11. Variación a las condiciones de aseguramiento
12. Proceso de liquidación
13. Casos no asegurados
14. Beneficios del seguro obligatorio de riesgos del trabajo
15. Modalidad del seguro

16. Prohibiciones al funcionario público
17. Seguro para las Instituciones del Estado
18. Prestaciones médicas
19. Prestaciones económicas

Definiciones

Anexos

Anexo I

Anexo II

Anexo III

Introducción

De conformidad con lo que establecen los artículos 205 y 208 del Título IV del Código de Trabajo, el Instituto Nacional de Seguros, en su condición de Administrador del Régimen de Riesgos del Trabajo, hace del conocimiento público las Normas sobre el Seguro de Riesgos del Trabajo.

Esta norma define los lineamientos generales sobre gestión preventiva, aseguramiento y prestaciones, utilizados para la operación y administración del Seguro de Riesgos del Trabajo.

1. **Objeto.** Informar a los usuarios del Régimen de Riesgos del Trabajo las bases técnicas del seguro, establecidas de conformidad con el artículo 205 del Código de Trabajo.
2. **Ámbito de aplicación.** El ámbito de aplicación se circunscribe a todos los usuarios relacionados con el seguro, en los términos del Título IV del Código de Trabajo y su Reglamento.
3. **Referencias.**
 - a) Constitución Política de Costa Rica.
 - b) Convenios Internacionales sobre salud y trabajo, suscritos por Costa Rica con la OIT.
 - c) Código de Trabajo, en lo referente a su Título IV, De la Protección a los Trabajadores durante el Ejercicio de su Trabajo y su Reglamento.
 - d) Los Reglamentos y Decretos de carácter oficial, publicados en materia de salud y seguridad en el Trabajo.
 - e) Acuerdos de Junta Directiva del Instituto Nacional de Seguros relacionados con las mejoras a los beneficios a los trabajadores.
 - f) INTE de Salud Ocupacional y de Gestión Preventiva, para la evaluación de beneficios y mejoramiento de las condiciones de trabajo.

4. Disposiciones generales.

4.1. **Principios constitucionales sobre el trabajo y la protección del trabajador.** La protección al trabajador tiene su principio jurídico en la Constitución Política de Costa Rica, donde se establece que el trabajo es un derecho del individuo y una obligación con la sociedad. Establece que todo patrono debe adoptar en su empresa las medidas necesarias para la higiene y seguridad del trabajo, y que el seguro de riesgos del trabajo será de su exclusiva cuenta y se regirá por condiciones especiales. Por tal motivo, dentro de la jerarquía de normas, se integra lo dispuesto en los artículos 56, 66, 73 y 74 de la Constitución Política de Costa Rica.

4.2. **De la protección al trabajador durante el ejercicio de su trabajo.** En la jerarquía de normas, el Régimen de Riesgos del Trabajo se fundamenta en el Título IV del Código de Trabajo, cuyo articulado regula los derechos y obligaciones de patronos y trabajadores con ocasión del trabajo.

En lo que respecta al Seguro Obligatorio de Riesgos del Trabajo, define su administración sobre las bases técnicas que establece el Instituto Nacional de Seguros, para garantizar las prestaciones económicas, médico-sanitarias y promover la salud ocupacional a través de la gestión preventiva, para mejorar las condiciones y medio ambiente de trabajo en las empresas; y garantizar la solidez financiera del Régimen. De igual forma, cuenta con la autoridad necesaria para actuar en aquellas empresas, donde no exista el seguro de Riesgos del Trabajo o se dejen de aplicar las normas de Salud Ocupacional, fundamentados en los artículos 203 y 269 del Título IV del Código de Trabajo.

4.3. **De las Condiciones Generales del Seguro.** Se establecen como condiciones generales de carácter operacional para el seguro, las contenidas en esta norma técnica, para puntualizar obligaciones y responsabilidades inherentes a la administración del seguro. A cada patrono se le asignará un número de póliza, el cual será la base de identificación para los efectos de la relación con el Instituto.

5. Normalización.

5.1. **Definición de las Normas de Salud Ocupacional.** Las normas técnicas homologadas a través del Instituto de Normas Técnicas de Costa Rica (INTECO), sobre Salud Ocupacional y Sistemas de Gestión Preventiva de los Riesgos Laborales, son documentos de referencia aplicables a la gestión preventiva en salud ocupacional, procesos, métodos y prácticas seguras de trabajo, personas y sistemas; cuyo fin es apoyar el mejoramiento continuo de las condiciones y medio ambiente de trabajo. El Instituto las podrá adoptar como parámetro de evaluación de condiciones de salud ocupacional, en complemento o ausencia de un Reglamento existente sobre el particular, y promoverá su implementación, con independencia de que esta se acredite o no por parte de la empresa, cuando existan las condiciones para ello.

5.2. **Adopción de medidas en materia de prevención de riesgos laborales.** Todo patrono asegurado, público o privado, con apego a lo establecido en el Título IV del Código de Trabajo, está en la obligación de adoptar medidas de prevención apropiadas a las características de su organización, tipo de actividad, riesgos existentes y volumen de operaciones. En general debe cumplir con lo siguiente:

a) Desarrollar y fortalecer una gestión preventiva funcional y permanente.

- b) Realizar una evaluación y control de los riesgos en todas las operaciones y/o centros de trabajo e implementar sistemas de apoyo para la gestión de la prevención, en apego a la reglamentación existente.
- c) Mantener un proceso o sistema de información sobre accidentes y enfermedades del trabajo, acorde al nivel de complejidad u organización de la entidad, esto a fin de apoyar la toma de decisiones en cuanto a prevención de riesgos laborales.

5.3. **Normas Técnicas de Salud Ocupacional y Sistemas de Gestión Preventiva de Riesgos Laborales.** La adopción de las Normas INTE 31-06, INTE 18001, sobre Sistemas de Gestión Preventiva de Riesgos Laborales y las normas Técnicas sobre Salud Ocupacional, podrán ser consideradas para aquellos riesgos donde la normativa legal es omisa o insuficiente, desde el punto de vista técnico. En todo caso su implementación es opcional y voluntaria para el patrono.

6. Prevención de riesgos laborales.

6.1. **Alcances y concepto.** La Salud Ocupacional es un derecho constitucional, responsabilidad de todo patrono. Para efectos prácticos, se entiende como Salud Ocupacional, el conjunto de factores que concurren en la realización segura del trabajo, dentro de los alcances del artículo 273 del Código de Trabajo.

6.2. **Ámbito de aplicación en los Centros de Trabajo.** Con fundamento en los artículos 282 y 284 del Título IV del Código de Trabajo, la prevención se debe iniciar en la empresa, por tanto corresponde al empleador o patrono, establecer los cambios o ajustes para implementar programas o acciones en materia de Salud Ocupacional. Las áreas claves recomendadas para la aplicación de una estrategia preventiva son: Organización, Medio Ambiente y Tarea, las cuales deben atender lo siguiente:

1. En **ORGANIZACIÓN**: A través de políticas internas que permitan desarrollar una gestión preventiva acorde con las características y perfil de riesgos de la empresa.
2. En lo referente al **MEDIO AMBIENTE**: Aplicar las normas de higiene y controlar los niveles en que coexisten los factores de riesgo físico, químico y biológico. Se debe mantener el control de la salud de los trabajadores mediante exámenes médicos, principalmente de carácter preventivo; emplear equipo e instrumentos de protección personal o colectivo; capacitar sobre su uso y mantenimiento.
3. En cuanto a la **TAREA**: Identificar los riesgos inherentes a cada puesto de trabajo o proceso de producción; establecer procedimientos de seguridad e incorporar en los métodos de trabajo, técnicas de prevención en seguridad y ergonomía, establecidas en las Disposiciones y Reglamentos sobre Salud Ocupacional.

6.3. **Ámbito de acción del cuerpo de Inspectores del Instituto.** Sin perjuicio de la responsabilidad de cada empleador respecto a la salud y seguridad de los trabajadores, los Inspectores del Instituto definidos en el artículo 268 del Código de Trabajo, están facultados, para actuar como auditores en prevención y seguro y para realizar las siguientes funciones:

1. Identificación y evaluación de los riesgos laborales en el lugar de trabajo; de factores de riesgo en el ambiente laboral y de las prácticas de trabajo, que puedan afectar la salud de los trabajadores, incluidas las instalaciones sanitarias y servicios de bienestar.

2. Paralización, en todo o en parte, de aquellos procesos o servicios donde se incumple la normativa legal sobre salud ocupacional, protección y correcto aseguramiento de los trabajadores a través del seguro, de conformidad con lo que establece el Título IV del Código de Trabajo y el Reglamento General de los Riesgos del Trabajo.
3. Desarrollar procesos de evaluación, de la gestión preventiva, investigación, atención de denuncias y homologación que se realiza en forma periódica de las condiciones de salud y seguridad en el trabajo en la empresa, mediante estudios técnicos que permitan la definición de medidas de prevención y protección.
4. Evaluar el correcto aseguramiento mediante la revisión de la documentación que compruebe dicha condición. El patrono asegurado se compromete a entregar, cuando así lo requieran los Inspectores, la siguiente documentación:
 - a) Recibo oficial de prima o certificación de vigencia de la póliza.
 - b) Planillas presentadas.

6.4. **De los servicios preventivos con que cuenta la empresa.** Se entiende como servicios preventivos todos aquellos servicios de salud en el trabajo, cuyas funciones son esencialmente para la prevención de accidentes y enfermedades de trabajo, acerca de:

- a) Los requisitos necesarios para establecer y conservar un medio ambiente de trabajo seguro y sano, desde el punto de vista de la ocurrencia de accidentes y enfermedades del trabajo.
- b) Las prácticas necesarias para mejorar la gestión preventiva y la participación del equipo humano que conforma la empresa, en la promoción de la salud ocupacional.
- c) La responsabilidad de realizar los exámenes médicos preventivos, con cargo a la empresa, como medio para garantizar la eficacia de las medidas de control de riesgos, según lo define el artículo 282 del Código de Trabajo.
- d) Existencia de un plan de salud ocupacional en cada centro de trabajo.

Entre las figuras que puede utilizar la empresa para favorecer los servicios preventivos están:

- a) **Profesionales y Técnicos en salud ocupacional:** Personal contratado por la empresa, para ejercer la función de responsable de la oficina de salud ocupacional y/o actuar en el plano preventivo, de conformidad con lo establecido en el Decreto N° 27434 MTSS, que Reglamenta el artículo 300, sobre Oficinas de Salud Ocupacional.
- b) **Equipos colaboradores en gestión preventiva:** Lo integran las Comisiones de salud ocupacional organizadas de conformidad con lo que define el artículo 288 del Código de Trabajo, para empresas de más de 10 trabajadores. Otros equipos de nivel gerencial o técnico que coadyuvan y participen en el desarrollo de la gestión preventiva.
- c) **Consultores externos de salud y seguridad en el trabajo:** Profesionales en prevención contratados, que actúan como consultores externos en materia de salud ocupacional, apoyando y asesorando a las empresas en el campo preventivo, tanto en el ámbito de organización como en lo operativo.

- d) **Consultorios/Servicios médicos de empresa:** Con orientación a salud ocupacional, los cuales deben contar preferiblemente con médicos especialistas en medicina del trabajo. El personal de enfermería debe tener, preferiblemente, formación en salud ocupacional.

7. Declaración jurada de la empresa para la homologación de la gestión preventiva.

7.1. **Definición de la Gestión Preventiva.** Para efectos de la presentación de la declaración jurada ante el Instituto, para optar por la Homologación y beneficios que ofrece el Régimen por gestión preventiva, se entenderá por Gestión Preventiva: la aplicación sistemática de políticas, procedimientos y prácticas de gestión en salud ocupacional, para identificar, evaluar y controlar los Riesgos del Trabajo, con orientación a la mejora continua.

7.2. **Procedimiento para la presentación de la declaración jurada de la gestión preventiva.** La presentación del informe sobre grado de desarrollo de la gestión preventiva, es una declaración jurada que deberá realizar la empresa posterior a la renovación del seguro de riesgos del trabajo. Su importancia radica en que las empresas que declaran sus condiciones de salud ocupacional y gestión preventiva, pueden optar por la bonificación indicada en el aparte 7.6 “Cálculo de la Bonificación” de esta Norma.

Dicho beneficio, tiene el sustento legal en el artículo 205 del Código de Trabajo y Transitorio X de la Ley de Protección al Trabajador N° 7983.

De igual forma, el Instituto se reserva la posibilidad de verificar mediante sus técnicos del Departamento de Gestión Empresarial en Salud Ocupacional, la evidencia que demuestre la veracidad de la información presentada. Si producto de la evaluación en el centro de trabajo se detecta que no hay coherencia con la “Declaración Jurada” el Instituto comunicará que la empresa no será considerada para tal beneficio.

Los factores de ponderación (Fp), para cada aspecto incorporado en el sistema de valoración sobre los cuales la empresa declarará su cumplimiento al Instituto, para obtener una bonificación a la prima, en cada nuevo período de vigencia del seguro, son:

a. Empresas con menos de 10 trabajadores asegurados

1. **Responsabilidad social (Fp1, valor 10 puntos):** Se refiere a los elementos básicos de gestión preventiva y salud ocupacional, que debe manejar cualquier organización con independencia de su tamaño o actividad económica. Los aspectos que debe valorar para cumplir con este punto, son principalmente los siguientes:
 - 1.1 Evaluación inicial, según 4.1.de la norma INTE 18001.
 - 1.2 Proyección de acciones de salud ocupacional a proveedores de servicios e intermediarios.
 - 1.3 Capacitación / inducción en salud ocupacional a trabajadores.
 - 1.4 Programa para el suministro y control sobre uso adecuado de los equipos y elementos de protección personal y seguridad en el trabajo.
2. **Responsabilidad y compromiso empresarial (Fp2, valor 15 puntos):** Se refiere a la definición formal por parte de la empresa de una política preventiva de conformidad con lo establecido en la norma INTE 18001-2000, aparte 4.2. “Política de prevención

de Riesgos Laborales”. Los aspectos que debe valorar para cumplir con este punto, son principalmente los siguientes:

- 2.1. Política de salud ocupacional escrita y autorizada por la dirección de la organización.
- 2.2. Política comunicada a los colaboradores de la organización.
- 2.3. Compromiso con el cumplimiento de la legislación.
- 2.4. Compromiso con la mejora continua.

3. Panorama de riesgos del trabajo de la empresa (Fp3, valor 15 puntos):

Existencia de un perfil actualizado de los principales riesgos con las medidas preventivas. Debe estar por escrito y a disposición de los trabajadores responsables de procesos y autoridades de inspección de trabajo. La norma INTE 18001-2000 en su aparte 4.3.1. "Planificación para la identificación de peligros, evaluación de riesgos y control de riesgos", puede servir de referencia. Los aspectos que debe valorar para cumplir con este punto, son principalmente los siguientes:

- 3.1. Procedimientos para la identificación de peligros y evaluación de riesgos.
- 3.2. Procesos documentados para la comunicación y control de peligros.
- 3.3. Participación permanente de los diferentes niveles de mando en los procesos de inspección sobre vigilancia de condiciones y prácticas de trabajo seguras.
- 3.4. Normativa interna de seguridad según la prioridad definida en el control de factores de riesgo.
- 3.5. Descripción de los factores de riesgo (Mapeo).

4. Administración de la póliza de Riesgos del Trabajo (Fp4, valor 10 puntos): Se

refiere este punto a la responsabilidad de la empresa para cumplir con el pago puntual de la(s) prima(s) de la póliza(s) por abono o renovación, la presentación oportuna del aviso de accidente o enfermedad del trabajo, la investigación de los casos, presentación oportuna de planillas y el manejo apropiado de las fórmulas oficiales que suministra el Instituto para sus diferentes relaciones con la empresa. Los aspectos que debe valorar para cumplir con este punto, son principalmente los siguientes:

- 4.1. Pago de prima y demás deudas por el seguro de riesgos del trabajo.
- 4.2. Envío de planillas por Internet o medios magnéticos dentro de los plazos establecidos por el Instituto.
- 4.3. Investigación de accidentes.
- 4.4. Envío de aviso de accidente y enfermedad del trabajo y control de documentos.

b. Empresas con 10 y menos de 50 trabajadores. Se aplican los puntos del aparte a.), además:

5. **Programa operativo de prevención de Riesgos Laborales (Fp5, valor 20 puntos):** Se refiere a las acciones preventivas que debe propiciar la organización como directriz gerencial, a partir de una evaluación inicial de los riesgos que inciden en el campo de la salud y seguridad en el trabajo. La misma se orienta en la Norma INTE-18001-2000, aparte 4.3. "Planificación" y en lo específico cuando se tiene que cumplir con un programa de salud ocupacional, según lo establecido por el Ministerio de Salud. Los aspectos que debe valorar para cumplir con este punto, son principalmente los siguientes:
 - 5.1. Definición del programa de salud ocupacional. Definición de objetivos, metas y acciones.
 - 5.2. Estructura y responsabilidades definidas y comunicadas a lo interno de la empresa.
 - 5.3. Preparación y respuesta ante emergencias.
 - 5.4. Disposición de recursos humanos, tecnológicos y de infraestructura.
6. **Equipos de apoyo para la prevención de riesgos (Fp6, valor 25 puntos):** Se refiere a la conformación de equipos de trabajo creados para coadyuvar en la prevención de riesgos laborales, principalmente, la existencia de la comisión de salud ocupacional, además de: brigadas, comité gerencial de prevención, entre otros. Los aspectos que debe valorar para cumplir con este punto, son principalmente los siguientes:
 - 6.1. Comisión de Salud Ocupacional, inscrita ante el Consejo de Salud Ocupacional.
 - 6.2. Actas de la comisión de Salud Ocupacional que muestran su permanencia.
 - 6.3. Brigadas de protección en incendios, de primeros auxilios, emergencias, etc.
 - 6.4. Formación para los equipos de apoyo, evidenciado.
7. **Sistemas de información para la prevención (Fp7, valor 10 puntos):** Se refiere a la integración de los datos relativos a la siniestralidad, gestión preventiva, entre otros, a fin de que la empresa cuente con información adecuada para tomar decisiones sobre prevención. La utilización del **Software Preventico Empresarial** se considera que satisface este punto, aunque puede contarse con otras opciones. Los aspectos que debe valorar para cumplir con este punto, son principalmente los siguientes:
 - 7.1. Estadísticas básicas de los riesgos del trabajo presentados.
 - 7.2. Cálculo de índices básicos: incidencia, gravedad, frecuencia, duración media.
 - 7.3. Estadísticas sobre agente material, causa externa, parte del cuerpo lesionado.
 - 7.4. Elaboración de informes periódicos de estadísticas de Riesgos del Trabajo.
8. **Sistema de Gestión Preventiva (Fp8, valor 20 puntos):** Se refiere a la disposición por parte de la empresa de un modelo de gestión preventiva que integre los conceptos definidos en el aparte 4.3. "Planificación", establecido en la norma INTE-

18001-2000, o similar, si la empresa utiliza otra base normativa de referencia. Dentro de los aspectos que se toman en cuenta están:

- 8.1. Capacitación /conocimiento sobre sistemas de gestión preventiva.
- 8.2. Implementación de procedimientos sobre salud ocupacional.
- 8.3. Conocimiento y cumplimiento de los requisitos legales sobre salud ocupacional que aplica a la empresa.
- 8.4. Desarrollo operativo de elementos de gestión (procesos de investigación sobre factores causales de los daños ocupacionales, procesos de identificación, comunicación y control de riesgos).

9. **Sistema documentado de gestión preventiva de Riesgos Laborales (Fp9, valor 25 puntos):** Se refiere a la existencia de un sistema implementado y en funcionamiento de gestión preventiva, según lo define la norma INTE-18001-2000 y normas complementarias como las INTE-18002-2000 e INTE 31-06-04-98. Sin embargo, la empresa puede aplicar otra normativa equivalente, siempre y cuando cumpla con el objetivo definido en este punto. Los aspectos clave de éxito son:

- 9.1. Política integrada a la documentación de un sistema de gestión.
- 9.2. Disponer de un manual y la documentación del sistema.
- 9.3. Control de documentación.
- 9.4. Documentación de acciones de seguimiento y control (auditorías).

c. **Empresas que ocupen 50 o más trabajadores en forma permanente.** Se aplican los puntos de los apartes a) y b) y los siguientes:

10. **Oficina de Salud Ocupacional (Fp10, valor 20 puntos):** Se refiere a la existencia de una oficina de salud ocupacional, de conformidad con lo establecido en el artículo 300 del Código de Trabajo y el Decreto Ejecutivo N° 27434-MTSS, que reglamenta dicho artículo. En lo de interés se valora:

- 10.1. Condiciones de formación y capacitación del responsable de la oficina de acuerdo al Reglamento vigente.
- 10.2. Relación con el nivel gerencial de la empresa.
- 10.3. Asesoría a la Comisión y nivel operacional de la empresa.
- 10.4. Desarrollo de un programa anual de trabajo en salud ocupacional.

11. **Servicios de Salud en el Trabajo (Fp11, valor 10 puntos):** Se refiere a los servicios empresariales de medicina del trabajo, desarrollados por la empresa, con participación de profesionales en ciencias de la salud. Se valora lo siguiente:

- 11.1. Servicio medicina laboral para los trabajadores.
- 11.2. Servicio de salud participativo de la labor preventiva, documentado.
- 11.3. Acceso a exámenes médicos preventivos a los trabajadores que lo requieren.

11.4. Elaboración y cumplimiento de un programa de salud en el trabajo.

12. **Verificación y acción correctiva (Fp12, valor 20 puntos):** Se refiere a la gestión integral de un modelo de gestión preventiva dinámico y activo, en el cual se considera el cumplimiento de la normativa legal y técnica en salud ocupacional, se mide según los siguientes parámetros:

12.1. Medición y seguimiento del desempeño en salud ocupacional.

12.2. Auditorias de gestión preventiva y salud ocupacional.

12.3. Control sobre acciones de mejora por procesos no conformes.

12.4. Revisión y evaluación por la Dirección, documentado.

Toda la información debe estar documentada en la empresa, dado que el Instituto, podrá solicitar revisión de la misma que evidencie el cumplimiento del requisito.

7.3. **Definición del Índice de Desarrollo Preventivo (IDP).** Producto de la declaración jurada que realiza la empresa, el Instituto calcula el Índice de Desarrollo Preventivo (IDP), el cual se determina según el tamaño de aquella, de la forma siguiente:

a) **Empresas de menos de 10 trabajadores:**

$$\text{IDP}(\%) = \frac{\text{Fp1} + \text{Fp2} + \text{Fp3} + \text{Fp4}}{50} \times 100$$

50

b) **Empresas con 10 y menos de 50 trabajadores:**

$$\text{IDP}(\%) = \frac{\text{Fp1} + \text{Fp2} + \text{Fp3} + \text{Fp4} + \text{Fp5} + \text{Fp6} + \text{Fp7} + \text{Fp8} + \text{Fp9}}{150} \times 100$$

150

c) **Empresas de 50 ó más trabajadores:**

$$\text{IDP}(\%) = \frac{\text{Fp1} + \text{Fp2} + \text{Fp3} + \text{Fp4} + \text{Fp5} + \text{Fp6} + \text{Fp7} + \text{Fp8} + \text{Fp9} + \text{Fp10} + \text{Fp11} + \text{Fp12}}{200} \times 100$$

200

7.4. **Definición del Grado de Calificación (GC).** El grado de calificación (GC) es la valoración numérica, producto de integrar el Índice de Desarrollo Preventivo (IDP), en los siguientes rangos:

IDP mayor o igual a 95 implica un GC de 50.

IDP mayor o igual a 90 pero menor a 95 implica un GC de 45.

IDP mayor o igual a 80 pero menor a 90 implica un GC de 30.

IDP mayor o igual a 70 pero menor a 80 implica un GC de 15.

IDP mayor o igual a 50 pero menor a 70 implica un GC de 10.

IDP menor de 50 implica un GC de 0.

7.5. **Homologación de la prevención.** El proceso de homologación lo realiza el Instituto, posterior a cada período de renovación del seguro y únicamente para el período inmediato anterior liquidado, mediante la declaración jurada de las condiciones de trabajo y gestión preventiva, considerando en el proceso de evaluación la norma técnica vigente que corresponda al periodo liquidado.

La declaración jurada debe ser presentada dentro de los cuatro meses posteriores a la renovación efectiva del periodo póliza. Las declaraciones presentadas posteriores a este plazo, no serán consideradas para su evaluación y por ende no será objeto de este beneficio.

Estas deben ser enviadas por escrito al Departamento de Riesgos del Trabajo, en el formato que existe para tal fin, el cual se encuentra disponible en las Sedes o en la página de Internet del Instituto, a efecto que se valore, en primera instancia, la calificación de la empresa para obtener el beneficio, el cual se otorga si no se ha incurrido en la “Pérdida de Beneficios” establecida en el aparte 14.4 de esta Norma.

Las variables que se consideran para el cálculo del factor de homologación (FH) son:

1. Índice de incidencia promedio de los tres períodos inmediatos anteriores al de renovación (P1)....15
2. Razón de costo promedio de las prestaciones directas de los tres períodos inmediatos anteriores al de renovación (P2).....35
3. Grado de Calificación de las condiciones de salud ocupacional (P3)..... GC

Las opciones 1, 2 y 3 anteriores se comparan respecto al estándar definido para los indicadores mencionados.

Se define el factor de homologación (FH) como sigue:

$$FH = (P1 + P2 + P3)$$

Se considera la siguiente jerarquía para calificar la condición Desarrollo Preventivo en forma individual:

FH	Igual o mayor que 90	Condición Excelente
FH	Igual a 70 y menor que 90	Condición de Normal a Positiva
FH	Igual a 50 y menor que 70	Condición de desarrollo en Gestión Preventiva Regular
FH	Menor a 50	Condición de debilidad en Gestión Preventiva

Los parámetros que se utilizan durante el período de vigencia de esta norma, hasta su nueva publicación, se indican en los Anexos I y II.

Para todos los efectos se considera como tarifa inicial, la tarifa establecida en el manual de tarifas vigente del Instituto, de acuerdo a la actividad de la empresa para el periodo en estudio.

- 7.6 **Cálculo de la Bonificación.** La bonificación por homologación de la gestión preventiva, que se hace a la prima del período póliza liquidado inmediato anterior a la renovación, se calcula en el Departamento de Riesgos del Trabajo, por la siguiente fórmula:

$$Bp = (FH / 100) \times (PB) \times (Pc)$$

Donde:

Bp: Monto de bonificación definido al aplicar la relación.

FH: Factor de homologación.

PB: Porcentaje máximo de bonificación que puede tener una empresa. Actualmente se establece en un 10%.

Pc: Prima neta del último período liquidado.

Los datos a considerar PARA EL CÁLCULO DEL BENEFICIO POR la homologación de la póliza, serán aquellos correspondientes al **período póliza liquidado** inmediato anterior a la renovación.

Cuando la tarifa vigente del período póliza en estudio, se encuentra bonificada (es menor a la tarifa inicial), se debe aplicar como porcentaje de bonificación por homologación, la diferencia porcentual obtenida entre la tarifa vigente y el 90% de la tarifa inicial multiplicada por el factor del estudio realizado.

- 7.7. **Aplicación de la bonificación a la prima.** El porcentaje de bonificación obtenido en la homologación, será aplicado a la prima anual del período liquidado inmediato anterior a la renovación. En ningún momento tiene condición permanente o para la renovación siguiente y no se aplica a la tarifa.

- 7.8. **Aplicación del artículo 215 del Código de Trabajo.** El Título IV del Código de Trabajo, permite recargar el monto de la prima del Seguro de Riesgos del Trabajo hasta en un 50% por incumplimiento en la adopción de medidas preventivas; por tal motivo, el Instituto aplicará dicha sanción considerando el aumento que se origina en el riesgo, por el incumplimiento de las disposiciones en materia de salud ocupacional, el número de trabajadores expuesto a tales riesgos y la experiencia de siniestralidad del patrono renuente. Para efectos prácticos los elementos que se consideran son:

1. **Evaluación del Índice de Siniestralidad IS (Np1):** Cuando el IS, calculado según la fórmula siguiente varía en las condiciones definidas en este punto:

$$IS = (II/II_s) \times 0.25 + (Rp/Rps) \times 0.75$$

Donde,

II: Índice de incidencia de la empresa evaluada.

II_s: Índice de incidencia definido como estándar para el sector donde se ubica la empresa.

Rp: Razón costo a prima de la póliza evaluada.

Rps: Razón costo a primas definido como estándar por el Régimen con base a la relación entre los gastos generales y el costo de la siniestralidad del Régimen de Riesgos del Trabajo.

Si:

IS <= 1 (Np1 = 0)

1 < IS <= 2 (Np1 = 15)

2 < IS <= 4 (Np1 = 20)

IS > 4 (Np1 = 25)

2. **Según variación del Grado de Riesgo –GR (Np2), a saber:**

GR se ubica como “Intolerable”... (Np2 = 25)

GR se ubica como “Importante”... (Np2 = 20)

GR se ubica como “Moderado”... (Np2 = 15)

GR se ubica como “Tolerable”.... (Np2 = 10)

GR se ubica como “Trivial”..... (Np2 = 0)

Para el cálculo del “GR” se utiliza el método de evaluación de riesgos propuesta por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) de España, cuya descripción operativa se describe en el Anexo III de esta norma.

3. **Incumplimiento de las medidas de salud ocupacional (Np3):** Se refiere a las medidas establecidas por los inspectores del Instituto Nacional de Seguros, Ministerio de Trabajo, Ministerio de Salud y Consejo de Salud Ocupacional, una vez transcurrido el periodo definido por la instancia que la emite para que sean atendidas las mismas, de conformidad con lo establecido por el Título IV del Código de Trabajo, artículo 215 y artículo 19 del Reglamento General de los Riesgos del Trabajo.

Para ponderar las medidas se aplica la clasificación de medidas según el grado de riesgo GR, indicados en el punto 2 anterior. (Factor Np3=35).

4. **Porcentaje de población afectada por el riesgo no controlado (Np4):** Para esta consideración se tendrá el porcentaje de trabajadores(as), expuestos al riesgo, que potencialmente se ven afectados por la materialización del mismo, según los siguientes criterios:

Población afectada (80%-100%)....Np4 =15

Población afectada (50%-79%).....Np4 = 12

Población afectada (20%-49%).....Np4 = 9

Población afectada (5%-19%).....Np4 = 6

Población afectada menor al 5%..... $Np4 = 3$

La relación utilizada para ponderar los aspectos anteriores es:

$$FR (\%) = \frac{(Np1 + Np2 + Np3 + Np4)}{100}$$

100

Donde:

FR: es el factor porcentual de recargo aplicado sobre las primas definidas para la póliza del patrono infractor.

Npi: es el factor nivel de ponderación, el cual se define de conformidad con los puntos del 1 al 4.

- 7.9. **Cálculo de recargo de la prima (Rp).** Definido el factor de recargo (FR), se aplica el resultado -en forma automática- a la prima a devengar (Pd), según lo establecido en el artículo 215 del Código de Trabajo, mediante la siguiente relación:

$$Rp = (1/2 * FR) \times Pd$$

Pd: Prima a devengar

- 7.10. **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 del seguro de riesgos del trabajo, se procederá con tal recargo en el porcentaje referido en el artículo 215 del Código de Trabajo, dividido en veinticuatroavos, para el primer y segundo año de incumplimiento, hasta alcanzar el máximo en el tercer año de mantenerse esta condición, así:

- a) Para el primer año y segundo año:

$$\text{Recargo} = (Rp/24) * Ni$$

- b) Para el tercer año:

$$\text{Recargo} = Rp$$

Donde:

Ni: serán los períodos (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 Instituto compruebe, por medio de las autoridades competentes, el cumplimiento de las medidas preventivas por parte de la empresa.

8. Tarifación del seguro.

- 8.1. **Concepto del seguro.** El seguro de Riesgos del Trabajo le permite al patrono, por el pago de una prima, proteger su responsabilidad por los riesgos del trabajo que sufran los trabajadores, ante la eventual ocurrencia de accidentes y enfermedades laborales a que están expuestos en el desempeño de su labor.

El precio del seguro contiene al menos tres elementos relevantes: es equitativo, pues se cobra de acuerdo al riesgo a que se expone el patrono; es solidario, pues con la contribución de todos se pagan los infortunios del trabajo que ocurran a los afectados; es suficiente, ya que se cobra a cada asegurado el monto que, al ser agregado a las sumas pagadas por los demás, permite la satisfacción completa de los costos de los accidentes.

- 8.2. **Componentes tarifarios y de la prima.** La filosofía del modelo de este seguro es de reparto en cuanto a los beneficios de atención médica e incapacidad temporal y de capitalización respecto a los beneficios de incapacidad permanente y muerte.

La tarifa o precio del seguro se compone de beneficios a los trabajadores, gastos de previsión y gastos administrativos. De este último rubro, los componentes principales están relacionados con la dotación de la infraestructura sanitaria y administrativa.

Los beneficios a los trabajadores se subdividen en: incapacidad temporal, incapacidad permanente, atención médica-sanitaria y prestaciones económicas para los derechohabientes de los trabajadores fallecidos y demás derechos consignados en el artículo 218 del Código de Trabajo, así como todos aquellos beneficios otorgados administrativamente, mediante Acuerdo de la Junta Directiva del Instituto Nacional de Seguros. Los gastos de previsión son los que garantizan seguridad de pago de los beneficios y son la provisión para contingencias y el reaseguro.

La prima que paga el asegurado está en función de los componentes anteriores. No obstante, cuando al riesgo normal de la actividad se agregan elementos que lo agravan, se le incorpora un recargo, tal como el que se aplica por la falta de cumplimiento en las medidas preventivas que recomienden los inspectores del Instituto o del Ministerio de Trabajo, o no se cuenta con organización preventiva, acorde a la actividad, perfil de riesgo y número de trabajadores.

- 8.3. **Estructura del manual de tarifas.** El manual de tarifas clasifica a las empresas según su actividad económica. Estas actividades económicas tienen asignada una tarifa según su nivel de riesgo.

- 8.4. **Recargo por fraccionamiento, según forma de pago.** Las tarifas por pago fraccionado contienen recargos del 8% en pago semestral y 11% en pago trimestral. Estos recargos no se considerarán como parte de la prima para ningún efecto de cálculo en el que intervengan las primas.

- 8.5. **Recargos para póliza Trabajador Independiente.** A efecto de tramitar la emisión de pólizas RT Independiente, a la tarifa anual de la actividad a la que se dedica el asegurado, de acuerdo al Manual de Tarifas Vigentes del Instituto, se le adicionará un factor de riesgo del 40%.

Cuando el patrono trabajador no cuenta con un horario fijo debido a las características del trabajo que desempeña, la cobertura del seguro se extenderá por las 24 horas del día, lo cual representa un recargo del 25% sobre la tarifa para la actividad económica de la póliza.

Para este tipo de póliza en particular, tendrán cobertura los siniestros que ocurran en el lugar de trabajo señalado en el contrato póliza y como consecuencia de la actividad económica asegurada. El ámbito de cobertura para este tipo de póliza se regirá conforme lo establecer la ley supra citada, en su artículo 196.

Cuando por condiciones propias del trabajo se deba trasladar fuera del país, estarán amparados los riesgos que se derivan de la actividad a realizar.

- 8.6. **Tarifa inicial para empresas nuevas.** Las empresas nuevas o patronos que suscriban el seguro por primera vez, tendrán como tarifa inicial la establecida en el Manual de Tarifas vigente del Instituto, según la(s) actividad(es) económica(s).

Cuando existan condiciones que agraven el riesgo, la tarifa podrá ser variada, según lo establece el artículo 211 del Código de Trabajo. Las tarifas deben estar homologadas conforme se describen en la Clasificación Industrial Internacional Uniforme de todas las Actividades Económicas (CIIU 3).

- 8.7. **Recargo para pólizas temporales.** Para trabajos temporales, cuya vigencia sea inferior a un año, la tarifa aplicable es la anual según la actividad económica que se trate, pagadera en un sólo tracto por adelantado.

- 8.8. **Determinación de la tarifa en cada período.** Los elementos que componen el estudio de experiencia son los siguientes:

1. **Años que componen el período de estudio:** Se refiere a los últimos 3 años póliza, sin considerar el inmediato anterior. En caso de vigencia inferior a 3 años se considerarán los períodos acumulados a la fecha sin considerar el inmediato anterior.
2. **Prima neta:** Es la prima que se deriva de la liquidación del periodo póliza, basado en el monto asegurado realmente consumido.
3. **Siniestros totales:** Este rubro lo conforman los costos totales por incapacidad temporal, incapacidad permanente, servicios médicos contratados y cualquier otro costo en que incurra la Institución para la atención de los trabajadores lesionados, adicionalmente los servicios médicos propios del Instituto, calculando estos últimos en un 25% de la sumatoria de los costos por todos los conceptos anteriores, durante el o los períodos involucrados en el estudio. Se excluyen del recargo de 25% por costo médico, los casos de muerte instantánea.
4. **Tarifa vigente:** Es la tarifa que se aplicó durante el último período vigente.
5. **Tarifa inicial:** Es la consignada en el Manual de Tarifas vigentes del Instituto, correspondiente a la actividad económica.
6. **Tarifa Ponderada:** Es el resultado de dividir la sumatoria de las primas netas entre la suma de los montos asegurados de los períodos involucrados en el estudio.

El procedimiento para la determinación de la tarifa de cada período es:

Para ver la imagen solo en *La Gaceta* impresa o en formato PDF

Si el 70% de las primas netas es superior al costo total de los siniestros, existe buena experiencia, de lo contrario el resultado es una mala experiencia. Si la sumatoria de los siniestros es igual al 70% de las primas netas, la experiencia se considera neutra.

De la aplicación de esta fórmula se obtiene el factor que se denomina Coeficiente de Variación, el cual se utiliza para la renovación del contrato de seguro y se aplica automáticamente de acuerdo con la siguiente tabla:

Coeficiente de variación	Descuento o recargo
De 0 a menos de 10	El resultado obtenido
De 10 a menos de 25	10%
De 25 a menos de 50	15%
De 50 a menos de 100	20%
De 100 a menos de 200	25%
200 y más	30%

Nota: Para los efectos de un descuento por buena experiencia el resultado de la fórmula es un valor en términos negativos (-), sin embargo para su cálculo se toma su valor absoluto. Este coeficiente de variación define el porcentaje de descuento o recargo que se aplicará, multiplicando el mismo por la tarifa ponderada de los años en estudio. Su resultado se suma (recargo) o se resta (descuento) de la tarifa del último período y constituye la tarifa por aplicar al período a renovar.

El descuento por concepto de bonificación se aplicará a aquellas pólizas cuya tarifa vigente sea superior a la Tarifa Inicial. La tasa de renovación debe ser igual o superior a la tarifa Inicial de la póliza.

- 8.9. **Descuentos y Recargos a la tarifa.** Conforme el punto anterior, el descuento o recargo a la tarifa será de hasta un 30% por periodo póliza; sin embargo la tarifa de renovación resultante no podrá ser inferior a la tarifa inicial definida para cada póliza.
- 8.10. **Sector Público.** La administración de las pólizas del estado, instituciones públicas y municipalidades, se regirá por las condiciones establecidas en el Addendum para pólizas del Sector Público.
- 8.11. **Bonificación a través de la homologación por gestión preventiva empresarial.** Se define un descuento máximo equivalente hasta el 10% de la prima del período inmediato anterior a la renovación una vez liquidado, para aquellas empresas que presenten al Instituto la declaración jurada sobre los aspectos indicados en el aparte 7.2 “Procedimiento para la presentación de la declaración jurada de la gestión preventiva” de esta Norma, con la salvedad establecida en el aparte 7.6 “Cálculo de la bonificación” de la misma, referente a las empresas que ya se encuentran bonificadas por buena experiencia siniestral, así como los aspectos indicados en el aparte 14.4 “Pérdida de beneficios” de esta Norma.
- 8.12. **Factores que influyen en el monto a pagar al inicio de cada período póliza.**
- Grado de calificación (GC), definido en el aparte 7.4 “Definición del Grado de Calificación (GC)” de esta Norma Técnica.
 - Marco normativo, artículos 205, 211, 212 y 215 del Título IV del Código de Trabajo.

- Variación de la actividad asegurada, respondiendo a cambios en el riesgo, solicitada por el empleador, o producto de los estudios que lleve a cabo el Instituto.
- Salarios.
- Aplicación de los principios de la Seguridad Social, tales como Solidaridad y Sustancialidad.

9. Suscripción del seguro.

9.1. **Prima Provisional.** La prima provisional es la que se estima al inicio de cada período del seguro, tomando como base los montos asegurados, tal como se indica en el aparte 9.6 “Monto Asegurado” de esta Norma, multiplicado por la tarifa correspondiente a la actividad que se pretende asegurar.

9.2. **Requisitos generales para la emisión del seguro.** A efecto de tramitar el Seguro Obligatorio de Riesgos del Trabajo, el patrono deberá proporcionar la siguiente información:

- a. Nombre del Patrono, persona física o jurídica.
- b. Copia de la cédula física o certificación de personería jurídica.
- c. Dirección para notificaciones o correspondencia, dirección exacta del lugar de residencia del patrono o apoderado de la empresa, u oficinas, dirección por señas, indicando el número telefónico, fax, apartado postal y correo electrónico.
- d. Dirección exacta donde se efectúan los trabajos.
- e. Clase de trabajos a realizar en forma temporal o permanente.
- f. Actividad económica de la empresa, indicando la actividad principal a la que se dedica.
- g. Nombre, número de cédula, ocupación, salario de cada una de las personas contratadas o estimación de las personas por contratar.
- h. Nombre y firma del patrono o representante autorizado. En caso de personas jurídicas, se debe indicar la relación existente entre el firmante y la empresa (Propietario, Gerente o Representante Legal).
- i. Para la actividad de la construcción se deberá presentar la boleta municipal original expedida por la Municipalidad respectiva en donde se indique el nombre del propietario del proyecto o vivienda y el monto(s) de la obra(s) o proyecto(s).

En caso de no existir boleta municipal por estar exonerado el proyecto de la presentación de dicho requisito, debe presentar: copia de contrato de construcción o contrato de consultoría del Colegio Federado de Ingenieros y de Arquitectos (CFIA), u orden de compra, tratándose de licitaciones o contratos directos.

Para pólizas permanentes deberá presentar el formulario “Declaración para actualizar el monto asegurado en proyectos de construcción”, el cual se encuentra disponible en la página Web del Instituto o en las oficinas del Instituto.

- j. Para emisiones de pólizas permanentes de construcción o actividades afines el monto asegurado mínimo anual es de ¢12.000.000,00. En caso de emitir el seguro con proyectos en que el monto asegurado sea inferior al mínimo anual, se considera siempre este mínimo.

Si el trámite se realiza con un Intermediario de Seguros, la solicitud de emisión debe adjuntar comprobante del depósito sobre primas donde se consigne el monto pagado, la fecha de recibo del dinero y el código del Intermediario de Seguros.

9.3. **Requisitos generales para la reexpedición del seguro.** A efecto de tramitar la reexpedición del Seguro de Riesgos del Trabajo, el patrono deberá proporcionar la siguiente información:

- 1 Copia de la cédula de identidad del patrono o representante legal.
- 2 Solicitud de reexpedición debidamente cumplimentada y firmada por el patrono o representante legal.
- 3 Si el trámite se realiza con un Intermediario de Seguros, la solicitud de emisión debe adjuntar comprobante del depósito sobre primas donde se consigne el monto pagado, la fecha de recibo del dinero y el código del Intermediario de Seguros.
4. Para la reexpedición de pólizas permanentes de construcción o actividades afines el monto mínimo anual es de ¢12.000.000,00; en caso de reexpedir con proyectos en que el monto asegurado sea inferior al mínimo anual, se considera siempre este mínimo. Aunque el Patrono, Contratista General o intermediario cuente con este seguro mínimo, para tramitar permisos de construcción ante la Municipalidad siempre debe presentar la respectiva boleta ante el Instituto, para el correspondiente aseguramiento.

9.4. **Permanencia del Seguro.** El seguro tiene carácter obligatorio y es permanente mientras haya vigencia de la actividad laboral. Solamente se suscribe una póliza por patrono o persona jurídica, cuando se trate de actividades económicas afines. En el caso de que algún patrono haya suscrito un nuevo seguro para la misma actividad, se le cancelará el seguro nuevo emitido y se procederá a reexpedir la póliza inicial trasladando las primas pagadas, dando vigencia a ésta a partir de la fecha de emisión del seguro que se canceló. También se trasladarán planillas, casos y costos a la póliza emitida inicialmente.

Lo anterior operará también cuando suscriba un seguro bajo una nueva persona física o jurídica en que coincidan las siguientes variables conjuntamente, previa comprobación por parte del Instituto:

Mantiene los mismos trabajadores,

Lugar de los trabajos,

Actividad económica,

Representantes;

Salvo en aquellos casos en que el asegurado haya cumplido con lo establecido en el aparte 10.16 “Cierre de centros laborales y conclusión de trabajos en pólizas permanentes y temporales” de esta Norma.

- 9.5. **Pólizas Temporales.** Se emiten para una actividad determinada, que tiene su fin en una fecha conocida. Las pólizas suscritas para actividades cuya duración es menor a un año, deberán realizar el pago por adelantado y no puede ser fraccionada.

Las pólizas suscritas para actividades cuya duración es mayor a un año pero menor a dos años podrán realizar el pago de forma fraccionada con el correspondiente recargo de pago fraccionado.

Las pólizas suscritas para actividades que superen los dos años se catalogarán como permanentes.

- 9.6. **Monto Asegurado.**

- 9.6.1 **Cálculo del monto asegurado.** El monto asegurado para las pólizas permanentes con excepción de la actividad de la construcción, es la proyección de salarios a pagar por el patrono para los doce meses del período póliza, de acuerdo con el plan de actividades de la empresa, agregándole un 10% por concepto de ajustes salariales que se decreten. Por efectos prácticos, el resultado se redondea a diez miles.

Para licitaciones públicas y/o privadas se debe aportar copia de la licitación en que se participa u orden de compra en caso de contratación directa copia del contrato, sea tanto para una póliza temporal como para una permanente.

- 9.6.2 **Monto Asegurado de pólizas en la actividad de construcción y afines.** Se entenderá por asegurado, al propietario de la obra o al contratista general que haya suscrito la póliza para cubrir un determinado proyecto.

Cuando se trate de actividades de construcción y afines, según se define en el aparte 20 Definiciones de esta Norma, conforme se describen en la Clasificación Industrial Internacional Uniforme de todas las Actividades Económicas (CIIU 3), las pólizas que se emitan serán por un monto asegurado que se calculará, multiplicando el valor de la obra indicado en boleta municipal, contrato de consultoría del CFIA, licitación pública, licitación privada, contrato directo ó contrato por servicios u orden de compra, por el porcentaje aportado por el patrono. En caso de existir diferencias en los montos de los documentos citados, prevalecerá el superior. La estimación del valor de la mano de obra en el proyecto será la declarada por el patrono, según la naturaleza de la obra y previo a la iniciación de esta.

Además, deberá aportar la justificación técnica del proceso constructivo, resumen de presupuesto y cronograma de obra que lo respalde.

En caso de que el documento aportado para determinar el monto asegurado se refiera únicamente al valor de mano de obra, el patrono debe declarar la composición de rubros, es decir, cuanto corresponde a salarios; en caso contrario el porcentaje aplicable se establece en el 100%.

En caso de que el patrono, contratista general ó intermediario omita la presentación de los atestados indicados en el apartado 9.6.3.3, de previo al inicio de los trabajos,

que permitan establecer el monto de mano de obra del proyecto a realizar, este valor se determinará aplicando los porcentajes siguientes:

Naturaleza de la obra	% a aplicar como Monto Asegurado
Edificaciones generales	35%
Obra Civil intensivas en maquinaria y materiales (acueductos, carreteras, puentes, líneas eléctricas subterráneas, movimientos de tierras, excavaciones, obra hidroeléctrica y electromecánica)	20%
Edificaciones de interés social*	15%

* Presentar copia de la declaratoria de interés social o certificación del IMAS y boleta Municipal extendida por la Municipalidad donde tramita el permiso. Este porcentaje será del 15%, siempre que se cumpla con los siguientes requisitos:

- 1 Que la empresa financiera que acredita el bono, exista como autorizada ante el BANHVI.
- 2 Que el beneficio lo reciba el beneficiario del bono, no la constructora. Para esto, el seguro debe ser suscrito directamente por el beneficiario.

Si el valor de la obra sobrepasa el monto de construcción de interés social aprobado por el BANHVI vigente a la fecha de otorgamiento del bono, se aplicarán los porcentajes correspondientes a las edificaciones generales.

9.6.3 Monto Asegurado en pólizas permanentes, en la actividad de construcción y afines. Cuando se trate de un asegurado, persona física o jurídica, que permanentemente se dedica a la actividad de construcción o actividades afines, la póliza debe ser permanente y el monto asegurado para el período se determinará de la siguiente manera:

1. Se suma el monto de todos los proyectos de conformidad con el valor indicado en los documentos referidos en el inciso 9, del apartado 9.2 “Requisitos Generales para la emisión del seguro” de esta Norma y a dicha sumatoria se le aplicará el porcentaje declarado por el patrono, o si es omitido, el establecido para construcción detallado en la tabla del aparte 9.6.2 “Monto Asegurado de pólizas en la actividad de construcción y afines” de esta Norma.

Para la póliza del propietario, contratista general o intermediario, en la determinación del monto asegurado, le serán descontados todos aquellos montos correspondientes a etapas del proyecto a cargo de intermediarios que cumplan con los siguientes requisitos:

- 1.1- Que tengan póliza vigente adecuada al riesgo de la actividad a desarrollar.

- 1.2- Que la etapa subcontratada haya sido declarada y cubierta por el propietario, contratista general o intermediario con su respectiva póliza.
 - 1.3- Que los trabajos de la etapa subcontratada, sean reportados al Instituto antes de su inicio.
2. Cuando en el transcurso del período vigente de la póliza, se genera un cambio en el monto asegurado en razón de un nuevo proyecto o subcontrato, se deberá informar por escrito al Instituto previo a la iniciación del mismo, para que mediante la aplicación del proceso indicado en el punto 1. anterior, sea actualizada la prima por el resto del período de vigencia del seguro si así lo amerita. La actualización se hace mediante un “aumento de seguro”, calculando las primas restantes de conformidad con la forma de pago. La omisión de este requisito implica que la obra se tasaré con el porcentaje de obra indicado en el punto Edificaciones Generales de la tabla incluida en el aparte 9.6.2 “Monto Asegurado de pólizas en la actividad de construcción y afines” anterior.
 3. Para determinar el monto asegurado de cada proyecto debe informarse por escrito al Instituto, utilizando -para cada proyecto- el formulario “Declaración para actualizar el monto asegurado en proyectos de construcción”, que tendrá los efectos de una declaración jurada.

El formulario *“Declaración para actualizar el monto asegurado en proyectos de construcción”* contempla como información más relevante, entre otros datos, los siguientes:

- 3.1. Empresa: nombre de la empresa como consta en el registro del Instituto, es decir con el que se emitió la póliza.
- 3.2. Póliza N°: se refiere al número de la póliza de Riesgos del Trabajo vigente en la cual se aseguran los trabajadores para el proyecto en cuestión.
- 3.3. Ubicación: provincia, cantón, distrito, señas exactas de la ubicación del proyecto.
- 3.4. Costo del proyecto según boleta municipal, licitación pública, licitación privada, contrato directo, contrato por servicios u orden de compra: se anota el valor de la obra consignado en el documento referido.
- 3.5. Fecha de inicio y finalización del proyecto: fechas aproximadas.
- 3.6. Monto Global del proyecto asumido por el patrono asegurado.
- 3.7. Monto de mano de obra estimado por el asegurado. Dicho monto será revisado por profesionales en ingeniería del Instituto.
- 3.8. Distribución de intermediarios: el monto de obra no asumido por el asegurado debe estar justificado, sea por la existencia de intermediarios y/o sumas globales por cada partida a subcontratar. Se debe señalar las etapas del proyecto que se subcontratarán, la duración, el inicio y conclusión del trabajo de cada uno de los subcontratos.

De existir los intermediarios al momento de presentar la información, se debe indicar el nombre o razón social del mismo, el monto de la obra asumida y la actividad subcontratada.

No obstante, el hecho de declarar de previo los subcontratos, no exime al contratista de la responsabilidad por la etapa subcontratada, hasta tanto, el Instituto no emita la constancia respectiva que avala el aseguramiento, previo a la iniciación de la actividad subcontratada.

- 3.9 Para el caso de los contratos o subcontratos por mano de obra, estos se consignarán en todo momento al 100% del valor contratado o subcontratado, salvo en aquellos casos que se presente el formulario “Declaración para actualizar el monto asegurado en proyectos de construcción”, para establecer la distribución de costos y definir la mano de obra proyectada a consumir.
4. Si el propietario de la obra, contratista general o intermediario solo señala las etapas del proyecto asumido por los intermediarios, sin citar sus nombres y números de póliza, deberá cumplir adicionalmente con los siguientes requisitos:
 - 4.1. Solicitarle al intermediario, que dentro de los ocho días previos al inicio de los trabajos, presente al Instituto el formulario “Declaración para actualizar el monto asegurado en proyectos de construcción” según la actividad descrita, para efectuar el trámite de la emisión de constancia por parte del Instituto.

El propietario de la obra o contratista deberá aportar la constancia del seguro de los intermediarios, que será el único documento que le exima del pago de la prima correspondiente.

El Instituto procederá a validar la información de los intermediarios y se mantendrá como parámetro la fecha inicialmente declarada, salvo que el contratista general haya efectuado las variaciones respectivas antes del vencimiento de ese plazo.

- 4.2. Presentar al Instituto copia del contrato o el formulario definido por el Instituto para reportar los detalles del contrato de construcción, requeridos para tramitar la constancia. Igual procedimiento deberá seguir cuando exista una readecuación del valor declarado inicialmente.
- 4.3. Para todas las partidas y subcontratos declarados al inicio del proyecto, una vez valorado el aseguramiento y pagadas las primas respectivas cuando corresponda, el Instituto emitirá la constancia del seguro por el contrato de que se trate, indicando el monto del mismo, la actividad cubierta y proyecto en que se ejecutará, éste será el único documento válido que debe ser presentado al Contratista General del Proyecto o Propietario, dentro del plazo de 8 días antes del inicio de la actividad en el proyecto para validar el aseguramiento y el monto de la contratación.

De no cumplir con los requisitos anteriores, se procederá a cobrar la etapa del proyecto objeto de incumplimiento, aplicando al valor declarado en el formulario “Declaración para actualizar el monto asegurado en proyectos de construcción” los porcentajes establecidos en la tabla indicada en el aparte

9.6.2 “Monto Asegurado de pólizas en la actividad de construcción” de esta Norma.

Dicha suma será incorporada en el recibo de cobro siguiente inmediato que deba hacer el propietario de la obra, contratista general o intermediario, según corresponda, sea abono o renovación si el pago lo realiza en forma semestral o trimestral. En caso de mantener una forma de pago anual, se determinará un aumento de seguro que deberá pagarse en un plazo no mayor a 8 días hábiles después de su notificación.

- 4.4. La responsabilidad del propietario y del contratista general subsiste durante toda la participación del intermediario, en la etapa de proyecto objeto del subcontrato, de tal forma que en caso de incumplimiento del intermediario en cuanto a mantener vigente el seguro, será asumida por el propietario o contratista general.
5. Para licitaciones públicas y/o privadas referentes a la actividad de construcción, el Adjudicatario al solicitar la constancia dirigida a la institución del Estado, municipalidad respectiva o ente privado, aportará la información solicitada en los apartes señalados en los puntos 3 y 4 anteriores y copia de la oferta de la licitación donde se desglosa entre otros el presupuesto de la obra, para su estudio de cálculo del monto asegurado.
6. Si el patrono asegurado, sea persona física o jurídica, se dedica solo a la administración de proyectos de construcción, sin participar en la ejecución de las etapas que lo conforman, el monto asegurado se calculará de acuerdo con la proyección de salarios a pagar por el patrono para los doce meses del período póliza, agregándole un 10% por concepto de ajustes salariales que se decreten. Para todos los efectos el monto asegurado no podrá ser inferior a la suma de ₡12.000.000,00 (doce millones de colones) al año y puede fraccionarse según las formas establecidas.

9.6.4 **Monto Asegurado para pólizas temporales, en otras actividades económicas.**

1. Para pólizas de producción agrícola, el monto asegurado se obtiene de la producción estimada por el patrono, multiplicado por el precio de recolección de la unidad de medida. Para optar por esta modalidad de seguro, es requisito indispensable que el patrono cuente con una póliza vigente que asegure de forma permanente las labores de agricultura.

1.1 En la zafra de la caña de azúcar se define de la siguiente manera:

- Debe aportar documento extendido por el ingenio respectivo en el que se indique el total de la producción de las toneladas entregadas durante el año anterior, así como el periodo (meses) en que estas se entregaron. Con este dato se procede al cálculo, con la siguiente fórmula:

$$\text{Monto Asegurado} = \# T * \text{SML}$$

PRD

En donde,

T = Total de toneladas de la producción anterior.

SML = Salario diario mínimo legal vigente del peón de agricultura.

PRD = Promedio diario de corta por trabajador.

El monto asegurado se redondea al diez mil inmediato superior.

- El período de la póliza se ajusta a los meses reportados por el patrono en la zafra del año anterior. Si el patrono solicita período de cobertura mayor el monto asegurado se incrementará aplicando el promedio mensual para cada mes adicional en que se incremente dicho período.

1.2 En la recolección de café se define de la siguiente manera:

- Debe aportar documento extendido por el beneficio respectivo o por la Oficina del Café de Costa Rica, en el que se indique el total de la producción de las cajuelas entregadas durante el año anterior, así como el periodo (meses) en que estas se entregaron. Con este dato se procede al cálculo, con la siguiente fórmula:

Monto Asegurado = # cajuelas * precio cajuela

- 1 fanega = 20 cajuelas
- El valor de la cajuela se establece en el decreto de salario mínimos del MTSS.

El monto asegurado se redondea al diez mil inmediato superior.

- El período de la póliza se ajusta a los meses reportados por el patrono en la recolección del año anterior. Si el patrono solicita período de cobertura mayor el monto asegurado se incrementará aplicando el promedio mensual para cada mes adicional en que se incremente dicho período.

2. Para actividades diferentes a construcción y producción agrícola, el monto asegurado se determinará en función del contrato u orden de compra, establecido por las partes para el servicio prestado, sin que éste pueda ser inferior al salario mínimo legal de la actividad que se asegura.

9.6.5 Cálculo del monto asegurado para los abonos en pólizas permanentes con forma de pago fraccionada, en otras actividades. Para el cálculo del monto asegurado en pólizas permanentes diferentes a construcción con forma de pago trimestral o semestral, se determinará para cada abono el monto asegurado con base en las planillas presentadas.

En caso de no existir planillas presentadas o sustituidas se considera el monto asegurado del último periodo póliza y se incrementará en un 10%.

9.6.6 Cálculo del monto asegurado para los abonos en pólizas permanentes con forma de pago fraccionada, en la actividad de construcción. Para el cálculo del monto asegurado en pólizas permanentes de construcción con forma de pago trimestral o semestral, se determinará para cada abono el monto asegurado de acuerdo con el procedimiento establecido en el aparte 9.6.2. "Monto Asegurado de pólizas en la actividad de construcción y afines".

En caso de no existir planillas presentadas o sustituidas el monto asegurado se calculará con base en la sumatoria de los montos de mano de obra de proyectos o

subcontratos que estén declarados y consignados en la póliza y el monto asegurado del último periodo de pago realizado.

9.7. **Requisitos para solicitud de constancias para el trámite de los permisos de construcción ante las Municipalidades u órganos estatales.** Para solicitar la certificación para el trámite de los permisos de construcción ante las municipalidades, u otro órgano que lo requiera, el propietario de la obra o contratista general o la persona que éstos autoricen por escrito debe tramitar la póliza que otorgue la cobertura de Riesgos del Trabajo a los trabajadores que intervendrán en la ejecución de la obra.

Adicionalmente, cuando la obra se va realizar por medio de empresas constructoras aseguradas, se debe atender lo siguiente:

1. La empresa constructora o intermediario debe notificar por escrito al Instituto, en el plazo de 8 días previos al inicio de la obra, que ha sido contratada para construir la obra correspondiente y adjuntar copia del respectivo contrato.
2. Cuando haya intermediación se debe aportar el contrato original u orden de compra o en su defecto el formato definido por el Instituto en sustitución a este, en el que se indique el monto bruto de la etapa subcontratada y/o el monto por mano de obra.
3. Aportar los requisitos establecidos en el aparte 9.2.9 (Requisitos generales para la emisión del seguro).

De no ser suficiente el monto asegurado, de acuerdo con el período de vigencia y el valor de la obra, el Instituto solicitará el pago del aumento de seguro respectivo.

9.8. **Período de pago tardío.** Se establece un periodo de 10 días naturales a partir del vencimiento del último período póliza pagado, durante el cual el pago a recibir tendrá un cargo moratorio, según la tabla siguiente:

FORMA DE PAGO DE LA PÓLIZA

DÍAS ATRASO	Trimestral	Semestral	Anual
1	0,00072223	0,000543476	0,000452877
2	0,00144445	0,001086952	0,000905753
3	0,00216668	0,001630428	0,00135863
4	0,0028889	0,002173904	0,001811507
5	0,00361113	0,00271738	0,002264384
6	0,00433336	0,003260856	0,00271726
7	0,00505558	0,003804332	0,003170137
8	0,00577781	0,004347808	0,003623014

9	0,00650003	0,004891284	0,00407589
10	0,00722226	0,00543476	0,004528767

Dicho factor se aplicará sobre la prima a pagar.

El factor será actualizado anualmente, por la Subdirección Actuarial del Instituto.

9.9. **Obligación del patrono respecto a la presentación de planillas.** Es obligación de todo patrono, sea del sector público o del sector privado, remitir dentro del período establecido, un estado de planillas de los trabajadores de su empresa.

Se establece como período de recepción ordinario de planillas, los primeros 10 días naturales del mes, y como período extemporáneo entre el día 11 y 12 de cada mes, posteriores al mes que corresponde la planilla; esto sin perjuicio de la aplicación de las sanciones legales que se estipulan en el Título IV del Código de Trabajo, relativos a este aspecto.

Si el día 10 y 12 de cada mes se ubica dentro del fin de semana -entendiéndose este como sábado y domingo- o en un día feriado, el plazo de recepción se extenderá hasta el día hábil inmediato siguiente.

Concluido el plazo extemporáneo, el Instituto no recibirá planillas y considerará, para registrar la planilla faltante, el monto de la última planilla reportada, para lo cual se contemplarán los reportes presentados con anterioridad al omitido dentro del período vigente. En caso de no encontrar planilla reportada por el patrono para aplicar en el proceso de sustitución dentro del período vigente, se utilizará para ese efecto la última presentada en el período inmediato anterior, y así sucesivamente hasta alcanzar el primer período de la póliza, ya fuera por emisión o reexpedición.

Para aquellas empresas que tengan forma de pago bisemanal, se deberán cumplir los siguientes requisitos:

- i. El periodo a reportar en la planilla deberá corresponder a un mes calendario, es decir periodos de no más de 30 o 31 días naturales, de tal forma que cada periodo-póliza se conformará de 12 reportes, uno por cada mes calendario.
- ii. Si en razón de que la fecha de corte de planilla es distinta al último día del mes calendario, deberá, con el pago del recibo de renovación de periodo, por única vez, remitir el programa de pagos de la empresa para dicho periodo, en el que se indique la fecha de inicio y la fecha de conclusión de cada reporte. Dicho programa de pagos se incluirá en los sistemas informáticos de Riesgos del Trabajo a efecto de validar el aseguramiento de los trabajadores de conformidad con la fecha de ingreso, según corresponda.
- iii. Los trabajadores de nuevo ingreso a la empresa, deben ser reportados al Instituto, mediante el formulario de inclusión provisional antes de iniciar las actividades laborales y ser incluido en el reporte mensual de planilla del periodo respectivo tomando en consideración la fecha de ingreso a la empresa.

9.10. **Formato para presentación de planillas.** Las planillas deben ser presentadas (utilizando el formato que para ese efecto pone el Instituto a disposición de los

asegurados) por medio electrónico (Internet) o por medio magnético (disquete, disco compacto ó dispositivo USB) y en caso de no contar con estas herramientas tecnológicas, en formulario tradicional pre impreso en original, éstos últimos se deben presentar en letra imprenta y sin correcciones, directamente en las diferentes dependencias, oficinas del Instituto y oficinas de intermediarios de seguros, ubicados en todo el país.

El formulario utilizado debe cumplimentarse con la siguiente información:

- Número de póliza.
- Período de Planilla.
- Nombre del patrono.
- N° de cédula del patrono.
- N° de teléfono.
- N° de fax.
- Dirección para notificaciones.
- Tipo de identificación del trabajador (cédula de identidad, cédula de residencia, etc.).
- Nacionalidad.
- Número de cédula.
- Número de Asegurado (de la C.C.S.S.).
- Nombre y apellidos completos de los trabajadores.
- Tipo de Jornada del trabajador (completa, fracción, u ocasional).
- Días y horas laborados.
- Salario devengado por cada trabajador.
- Ocupación del trabajador.
- Observaciones: en lo referente a ingresos, salidas, incapacidades, licencias o permisos otorgados a los trabajadores durante el período a reportar.
- Monto total de salarios devengados.
- Total de trabajadores.
- Nombre y firma del patrono o representante.

Es deber de todo patrono remitir el reporte de planilla en original debidamente cumplimentado, de no cumplir con este requisito o bien presente el documento con datos

inconsistentes, su recepción no conllevará obligación de procesarla para el Instituto, por lo que se procederá a su devolución a la dirección que el patrono haya proporcionado en los datos de la póliza, en el plazo máximo de 8 días a partir de su recepción. La planilla faltante se registrará en los términos anotados en el aparte 9.9 “Obligación del patrono respecto a la presentación de planillas” de esta Norma, para la sustitución de planillas.

En casos de excepción calificada y solo cuando se utilice en la presentación de la planilla a un intermediario de seguros, se podrá sustituir el documento original por una copia fotostática si:

- a) El patrono no cuenta con acceso para enviarla por vía electrónica y por su ubicación física no cuenta con los medios tecnológicos para su envío oportuno.
- b) El patrono asegurado autoriza por escrito al intermediario de seguros para que en su nombre firme en original la copia fotostática.
- c) El intermediario de seguros se ajuste a los plazos de entrega del reporte de planillas establecidos por el Instituto.
- d) La copia fotostática, se encuentre debidamente cumplimentada, no presente inconsistencias, sea totalmente legible, y se presente con el sello y firma del intermediario de seguros.

Al igual que cuando la planilla se presenta en documento original, la recepción de la copia fotostática no conllevará obligación de procesarla para el Instituto, cuando presente inconsistencias o esté incompleta, por lo que se procederá a su devolución en un plazo máximo de 8 días a partir de su recepción, a la dirección que el patrono haya proporcionado en los datos de la póliza. La planilla faltante se registrará en los términos anotados en el aparte 9.9 “Obligación del patrono respecto a la presentación de planillas” de esta Norma, para la sustitución de planillas.

Los canales de comercialización autorizados por el Instituto, que brinden el servicio de recepción de planillas de Riesgos del Trabajo, deberán recibir de los patronos la documentación dentro de los plazos legales estipulados y en ese sentido están obligadas a depositarlas al Instituto en el lugar y dentro de los plazos y condiciones fijados, siendo que el incumplimiento de esta obligación acarrea responsabilidad al canal de comercialización.

En caso de entrega tardía de las planillas, responderá ante la Institución por los daños y perjuicios ocasionados.

- 9.11. **Responsabilidad y Subrogación.** Cuando el patrono se muestre renuente a suscribir el seguro, se procederá a la tasación de oficio conforme al acta que levante el inspector del Instituto, lo cual se hará basado con la información salarial según el Decreto de Salarios Mínimos vigente, correspondiente a la actividad particular. Lo anterior no generará responsabilidad hacia el Régimen de Riesgos del Trabajo por los costos derivados de accidentes que ocurran a trabajadores del patrono infractor, durante el período comprendido desde la notificación de la tasación hasta la fecha en que se haga efectivo el pago del seguro, por lo que el Instituto queda facultado para operar la subrogación por dichos costos conforme se establece en los artículos 231, 232 y 307 del Código de Trabajo.

9.12. **De las Exoneraciones al Seguro de Riesgos del Trabajo.** La exoneración del Seguro de Riesgos del Trabajo se otorga al amparo del artículo 194 del Código de Trabajo, en el entendido que los trabajadores no amparados conforme a ese artículo, quedan sometidos a las disposiciones del Capítulo Octavo del citado Código, en los términos de su artículo 287.

Para efectos de tramitar la exoneración del seguro, se requiere cumplir con los siguientes requisitos:

1. Original y copia del Permiso Sanitario de Funcionamiento otorgado por el Ministerio de Salud.
2. Copia de la solicitud de patente o recibo pagado.
3. Cumplimentar el formulario de solicitud de exoneración del seguro.
4. Original y copia de la cédula de identidad (por ambos lados) del solicitante.

9.13. **Prima Mínima.** La suma mínima vigente que se cobra para un período póliza (anual o periodo corto), se fija en diez mil colones.

10. Administración del seguro.

10.1. **Clasificación del seguro de Riesgos del Trabajo.** El Seguro de Riesgos del Trabajo, se clasifica en dos grupos básicos:

1. Pólizas Temporales.
 - 1.1. Pólizas para construcción.
 - 1.2. Pólizas para producción, en actividades estacionarias.
 - 1.3. Pólizas para actividades deportivas y recreativas organizadas por la empresa.
 - 1.4. Póliza para otras actividades.
2. Pólizas Permanentes.
 - 2.1. Póliza general RT-
 - 2.2. Póliza RT-Hogar
 - 2.3. Póliza RT- Patrono Asegurado
 - 2.4. Póliza RT-Independiente
 - 2.5. Póliza RT-Adolescente
 - 2.6. Póliza RT-Sector público

10.2. **Contrato-Póliza.** Es el documento formal que se entrega al asegurado, el cual define al patrono, las labores aseguradas, el lugar de los trabajos, la clase de póliza, el número de identificación de la póliza emitida y la vigencia del seguro, según lo estipulado en el artículo 204 del Código de Trabajo. Este contrato es de adhesión y solo podrá modificarse según establece el artículo 212 del Código de Trabajo en la renovación del seguro.

10.3 **Addendum Patrono-Trabajador.** Es el documento formal que se entrega al asegurado, adicional al contrato-póliza, cuando el patrono decide voluntariamente incorporarse dentro del seguro de Riesgos del Trabajo. En el mismo se consignan las disposiciones adicionales que regulan al patrono-asegurado así como al patrono-independiente, según se detalla a continuación:

1. Se ampararán únicamente los infortunios ocurridos dentro de la jornada de trabajo establecida de previo en el addendum.
2. Se excluyen los riesgos en trayecto, o sea los accidentes derivados del traslado del domicilio al trabajo y viceversa.
3. Se definen los requisitos para el cálculo del monto del salario diario, así como el salario anual.

En este sentido señala: El monto del salario diario, que servirá de base para el pago del subsidio por incapacidad temporal, así como el salario anual que se tome en cuenta para el pago de indemnización por incapacidad permanente, o pago de rentas a derechohabientes en caso de fallecimiento del patrono asegurado, se determinará de modo tal que el subsidio que perciba el accidentado, bajo ninguna circunstancia, sea superior a los porcentajes establecidos en el artículo 236 del Título IV del Código de Trabajo, aplicados estos a su ingreso regular mensual debidamente comprobado. Se entenderá como "ingreso regular mensual", el monto real de la disminución económica que sufre el patrono asegurado víctima de un infortunio laboral, al dejar de percibir su salario o ingreso ordinario, de manera que no se pague más allá de tal reducción.

Bajo ninguna circunstancia, el ingreso regular mensual que se utilizará en el cálculo del salario diario y anual será superior al monto declarado por el patrono en la póliza.

4. Los ingresos del patrono asegurado se definen como: los ingresos reportados como tales en la declaración personal para el impuesto sobre la renta presentada al Ministerio de Hacienda en el período inmediato anterior al accidente. Si no pudiere demostrar los ingresos por no ser declarante de la renta, el cálculo del salario diario y anual se hará tomando como base el salario mínimo legal devengado en la actividad en la cual se desempeñaba, la que deberá ser fehacientemente comprobada, a satisfacción del Instituto Nacional de Seguros.
5. Se determina el procedimiento para el reconocimiento del subsidio por incapacidad temporal, estableciéndose que únicamente se reconocerá cuando el patrono asegurado, víctima del accidente o enfermedad del trabajo, no percibiere su ingreso o salario regular mensual, al dejar de ejercer -personalmente y/o por medio de terceros- efectivamente la labor o actividad económica que genera dicho ingreso. Sí no es irrefutablemente comprobada la disminución económica que pueda sufrir a raíz de la incapacidad temporal, a satisfacción del Instituto Nacional de Seguros, no procederá el pago de subsidio por esa incapacidad temporal.
6. Se define el horario que regirá como jornada laboral dentro del contrato de seguro sobre Riesgos del Trabajo.

La entrega del documento es una formalidad dentro del trámite de emisión, la omisión en este sentido no exime al patrono de cumplir con los requisitos que el mismo le impone.

10.4. **Emisión de la póliza.** El Seguro de Riesgos del Trabajo podrá ser emitido a través de:

1. Las Oficinas Centrales o Sedes del Instituto Nacional de Seguros.
2. Intermediarios de seguros.
3. Venta de autoexpedibles.

10.5 **Reexpedición de pólizas.** Es el proceso por el cual a una póliza que se encontraba cancelada por falta de pago, se le otorga una nueva vigencia, estableciéndose un período de no cobertura que comprenderá desde el día siguiente a la fecha “hasta” del último período vigente de la póliza, hasta el día anterior a la fecha en que se paga formalmente la reexpedición. Durante este período será responsabilidad del patrono asumir los costos correspondientes a casos no asegurados, conforme se establece en los artículos 231, 232 y 307 del Código de Trabajo. Se presentan dos formas de reexpedir la póliza, a saber:

- a) Reexpedición sin cálculos: Exclusivo para pólizas permanentes, que no cuenten con bonificación en la tarifa y que además no soliciten modificar la forma de pago. Este cálculo es automático y no se requiere la solicitud de reexpedición pues se considerará el monto y prima calculada para el último recibo emitido y no pagado por el patrono (de abono o renovación) y se genera un recibo de reexpedición por el mismo monto, considerando la nueva vigencia de acuerdo a la fecha de reexpedición y forma de pago. Sólo se aplicará a pólizas que no superen 30 días naturales de vencimiento.
- a) Reexpedición con cálculos: Se aplicará cuando, la póliza sea permanente y tenga más de 30 días naturales de haberse vencido. Además en aquellos casos en que el patrono solicite cambio en la forma de pago o cuente con tarifa bonificada (al momento de reexpedir se pierde la bonificación).

Se considerará el monto asegurado resultante de anualizar la planilla mensual por la tarifa a aplicar.

La tarifa a aplicar será la que se registre en el manual de tarifas vigente del Instituto, más el cargo que se derive de la siniestralidad negativa, según el aparte 8.8 de esta Norma.

En caso de que la tarifa calculada resulte inferior a la última tarifa vigente de la póliza, se aplicará para la reexpedición la última tarifa vigente de la póliza.

Para el caso de las pólizas permanentes de la actividad de construcción el proceso es el siguiente:

Si no tiene proyectos, las pólizas se podrán reexpedir con cálculos.

Si declara proyectos nuevos se aplicará lo contemplado en los apartes 9.6.2 “Monto Asegurado de pólizas en la actividad de construcción” en pólizas y 9.6.3 “Monto Asegurado en pólizas permanentes, en la actividad de construcción” de esta Norma.

En caso de tener proyectos declarados con anterioridad al vencimiento del seguro, deberá asumir la proporción de las etapas del proyecto a desarrollar, según lo indicado en el formulario “Declaración para actualizar el monto asegurado en proyectos de construcción”.

- 10.6. **Costo Administrativo por Póliza.** Se establece un costo administrativo de ¢10.000.00 el cual debe ser cubierto por el asegurado, cuando solicite la cancelación anticipada de una póliza vigente, siempre y cuando el centro de trabajo no esté operando.
- 10.7. **Ajuste de salarios en los reportes de planillas.** Los salarios reportados por el patrono en el detalle de planillas se ajustan en todo momento, a los mínimos por ocupación establecidos en el Decreto de Salarios Mínimos para el mes que corresponde. De igual forma, cuando un trabajador o grupo de trabajadores labora media jornada o tiempo superior a media jornada pero inferior a jornada completa, se computará el monto salarial mínimo por ocupación que devengaría si hubiese trabajado la jornada completa.

Para trabajadores de nuevo ingreso, el salario computado será proporcional a los días laborados en el mes de ingreso.

- 10.8. **Inclusión de trabajadores en las planillas.** El patrono debe incluir a los trabajadores de nuevo ingreso, mediante la boleta de Inclusión provisional de trabajadores, que el Instituto dispone en forma física en el formulario pre impreso o electrónica vía internet. Estos trabajadores deberán ser reportados al Instituto, con anterioridad al inicio de su labor.

Posteriormente, el patrono deberá incluir a los trabajadores de nuevo ingreso, en el reporte del mes que corresponde según su fecha de ingreso.

Para todos aquellos trabajadores que se determine la presentación de la inclusión provisional, que no hayan sido reportados en las planillas correspondientes, se procederá con su inclusión en planillas con el salario mínimo de la ocupación, proporcional a los días laborados a partir de la fecha de presentación de la inclusión provisional y hasta el final del mes de ingreso.

Los patronos cuyas pólizas gozan del beneficio de colectividad señalado en el aparte 14.1.1. "Colectividad" de esta Norma, están exonerados de la presentación de la Inclusión Provisional con anterioridad al inicio de labores del trabajador, pero sí quedan obligados a realizar su inclusión en el reporte de planillas a partir del mes de ingreso. De no realizarse, los riesgos del trabajo reportados al Régimen, se tramitarán como no asegurados.

- 10.8.1 **Formato para presentación de inclusiones provisionales.** Las inclusiones provisionales deben ser presentadas (utilizando el formato que para ese efecto pone el Instituto a disposición de los asegurados) por medio electrónico (Internet) ó en caso de no contar con las herramientas tecnológicas, en formulario tradicional pre impreso en original, éstos últimos se deben presentar en letra imprenta y sin correcciones, directamente en las diferentes sedes u oficinas autorizados por el Instituto, ubicados en todo el país.

El formulario utilizado debe cumplimentarse con la siguiente información:

- Número de póliza
- Primer apellido
- Segundo apellido
- Nombre

- Dirección-Lugar de Trabajo
- Número de cédula
- Ocupación
- Fecha de ingreso al trabajo, indicando día, mes y año.
- Hora de ingreso al trabajo, indicando hora y minutos.
- Salario
- Sexo
- Forma de pago del salario
- Nombre del patrono o razón social
- Firma del patrono o representante

10.9. **Denuncia de accidente o enfermedad de trabajo y orden de atención médica.** Todo patrono está obligado a entregar al trabajador afectado el formulario de aviso de accidente o enfermedad de trabajo a efecto de que se le brinden las prestaciones que le corresponden con relación al evento sufrido.

El incumplimiento en la presentación de la denuncia por la ocurrencia de cualquier riesgo del trabajo, se sanciona de conformidad con el artículo 310 del Código de Trabajo.

10.10. **Responsabilidad del patrono en cuanto a la custodia de documentación oficial del seguro.** La documentación que se entrega al patrono para el funcionamiento del seguro es la siguiente:

1. Formulario "Aviso de Accidente o Enfermedad Laboral y Orden de Atención Médica".
2. Orden Para Solicitar Servicios Médicos Caso Con Alta.
3. Boletas de Inclusión Provisional de Trabajadores.
4. Formulario para el Reporte Mensual de Planillas o Medios Magnéticos.

Es responsabilidad del patrono velar por la custodia y el buen uso de los documentos mencionados, principalmente aquellos que dan origen a la apertura del expediente para las prestaciones médicas y el pago de las prestaciones económicas por parte del Instituto.

10.11. **Responsabilidad del patrono y representante autorizado en firma de documentos.** Todos los documentos citados en el aparte anterior, serán aceptados para su debido trámite, siempre y cuando en ellos se consigne el nombre completo, firma y número de cédula del patrono o representante, con el fin de verificar la información.

10.12. **Investigación de Accidentes.** Previo al reporte que se haga al Instituto de un accidente laboral, éste debe ser investigado y analizado por parte del patrono, a efecto de que se

consigne la descripción del mismo, conforme a los hechos acaecidos y permita tomar las medidas preventivas para evitar situaciones similares.

En caso de accidentes que generen incapacidad total permanente (Artículo 223 inciso ch) y 240 del Código de Trabajo), Gran Invalidez (Artículo 223, inciso d) y 241, del Código de Trabajo) y Muerte (Artículo 223, inciso e) y 243, del Código de Trabajo), el patrono debe enviar un informe específico al Departamento de Riesgos del Trabajo indicando las medidas preventivas que tomará para evitar casos similares en el futuro. Esto independientemente de la responsabilidad del patrono en caso de que el accidente ocurra bajo los supuestos del artículo 305 del Código de Trabajo.

10.13. **Cobertura por Extraterritorialidad.** La extraterritorialidad es la cobertura que se les otorga a los trabajadores de la empresa asegurada, que realizan funciones propias de su cargo en otros países, de conformidad con el artículo 213 del Código de Trabajo. Esta cobertura se otorga sin costo adicional, y no será necesario presentar ningún reporte previo al viaje, pero queda condicionada a que, en caso de accidente de alguno de los colaboradores que se encuentren fuera del país, deberá ampliarse en el aviso de accidente la información referente a:

- El objetivo del viaje, el país de destino y el período en que se realizó el viaje.
- En caso de requerirlo, el Instituto podrá solicitar información adicional con el objetivo de cumplir con lo dispuesto en el artículo 214, inciso c) del Código de Trabajo.

En caso de accidente fuera del país, el seguro funcionará por reintegro, es decir, el Instituto reconocerá a quien haya efectuado el pago de esas sumas en los términos que a continuación se señalan:

- Los montos máximos a reconocer serán los estipulados en la respectiva tabla de costos, que para ese fin administra la unidad de Costos de la Subdirección de INS-SALUD del Instituto Nacional de Seguros.
- Si la Jefatura Médica del Instituto Nacional de Seguros, considera el accidente como de “emergencia médica” se pagará el costo total de las facturas.
- El monto a reconocer será el equivalente al tipo de cambio del Banco Central de Costa Rica del día que se especifique en la factura.
- Solo se reconocerá el pago de los servicios médicos que tengan relación directa con la atención de la lesión producto del accidente.

Para el trámite de reintegro se deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- Carta de solicitud de reconocimiento de facturas.
- Epicrisis o dictamen médico, emitido por el centro de salud en el cual recibió la atención médica.
- Facturas identificadas como pagadas.
- Presentar todo en original y dos juegos de copias.

Las prestaciones económicas que se cubrirán estarán en función de lo establecido en el Título IV del Código de Trabajo y lo definido en esta Norma.

10.14. **Pólizas permanentes: Formas de pago y variaciones.** El Seguro de Riesgos del Trabajo es anual renovable y su prima puede pagarse de las siguientes formas:

- a) Anual.
- b) Semestral, con un recargo del 8%
- c) Trimestral, con un recargo del 11%

La variación a la forma de pago debe solicitarse por escrito y su modificación registrará a partir de la renovación siguiente, en concordancia con el artículo 212 del Código de Trabajo.

Los cambios en las vigencias de pólizas deberán tramitarse en las Sedes o en el Departamento de Riesgo del Trabajo, aplicando lo indicado en el aparte 11.1 "Solicitudes de variaciones del seguro" de esta Norma.

10.15. **Declaraciones falsas en documentos y denuncia ante el Ministerio Público.** Sin perjuicio del derecho que el Código de Trabajo le otorga al Instituto para verificar los detalles y pormenores que se relacionan con el seguro y el riesgo cubierto, toda información consignada en la solicitud del seguro, los reportes de planilla, inclusión provisional de trabajadores, aviso de accidente o enfermedad laboral y orden de atención médica o variaciones a las condiciones existentes en la póliza, se consideran fieles y verdaderas y adquieren el carácter de declaración jurada.

De comprobarse falsedad en la información declarada ante el Instituto, se procederá a denunciar ante el Ministerio Público a quien corresponda (patrono, representante o trabajador) o a la aplicación de las sanciones que establece en sus artículos 310 y 614 el Código de Trabajo.

10.16. **Cierre de centros laborales y conclusión de trabajos en pólizas permanentes y temporales.** Cuando el patrono asegurado solicita la cancelación de la(s) póliza(s) permanente(s), por motivo de cierre del centro de trabajo, conclusión de la actividad o trabajos sujetos del seguro, se procede a la liquidación de las primas y conclusión de la vigencia del seguro, una vez cumplidos los siguientes requisitos:

1. Notificación escrita al Instituto.
2. Copia de la nota presentada ante la Dirección General de la Inspección de Trabajo (con el sello de recibido), informando sobre el cierre a realizar.

Las pólizas temporales se cancelan al momento de concluir los trabajos asegurados.

10.17. **Suspensión de trabajos para pólizas que amparan labores de corto plazo (pólizas temporales).** La suspensión de la cobertura del seguro, operará únicamente cuando se dé una interrupción en los trabajos objeto del seguro.

Para todo tipo de pólizas se debe presentar:

- 1 Carta de solicitud de suspensión.
- 2 Nota de la contraparte del contrato que indique de la suspensión.

Para pólizas de construcción, se debe aportar además:

- a. Libreta de control de tiempo y salarios.
- b. Bitácora de la obra sellada por el Colegio de Ingenieros.

La reactivación de una póliza suspendida deberá solicitarse de forma escrita por el interesado.

10.18. Cancelación del seguro por no realizar trabajos. La cancelación de la póliza emitida por no haberse llevado a cabo las labores para la que fue suscrita, conllevará la respectiva liquidación. Para ello se deberá aportar:

1. Pólizas suscritas para labores de construcción de corto plazo.
 - 1.1 Carta del patrono.
 - 1.2 Bitácora de la obra sellada por el Colegio de Ingenieros, donde se justifique que no se llevará a cabo la construcción.
 - 1.3 Nota de la Municipalidad donde se indica la anulación del permiso respectivo para la construcción.
- 2 Pólizas suscritas para otras labores:
 - 2.1 Carta del patrono, solicitando la devolución de la prima.
 - 2.2 Si la póliza se suscribió bajo un contrato para trabajos temporales o permanentes, se solicitará nota de la persona o empresa que suscribió el contrato, indicando que efectivamente se prescindirá de los servicios contratados.

10.19 Cancelación de proyectos en pólizas permanentes en la actividad de construcción. En caso de no utilización o utilización parcial de la póliza por no ejecución o paralización de la obra, el contratista o propietario de la obra deberá remitir al Instituto, en un plazo no mayor a 8 días posterior a la fecha prevista de inicio del proyecto indicado en el formulario "Declaración para la actualización del monto asegurado en proyectos de construcción", una nota indicando lo sucedido.

De existir sobrante de prima, su devolución se efectuará dentro del proceso de liquidación de acuerdo a lo establecido en el aparte 12.1 "Proceso de liquidación" de esta Norma.

10.20. Extensión y modificación de vigencia de pólizas temporales de construcción. Cuando se haya suscrito un seguro de construcción periodo corto y se requiera extender la vigencia original de la póliza, no se deberá pagar suma adicional siempre y cuando se cumplan, conjuntamente los siguientes requisitos: la solicitud la realice antes de la expiración de la vigencia original contratada; haya presentado todos los reportes de planillas; se trate de la misma obra según los datos consignados en la emisión; que la vigencia completa no sea superior a dos años y que el monto asegurado sea mayor al monto consumido.

Cuando se incumpla con alguna de las condiciones anteriores se deberá realizar el cálculo de la prima a pagar tomando en consideración la proyección de planillas a pagar durante el periodo de extensión y lo establecido en el aparte 9.5. “Pólizas Temporales” de esta Norma.

Si la vigencia supera los dos años, la póliza se debe variar a “permanente”, para lo cual se deberá ajustar la tarifa de conformidad a la forma de pago a partir del nuevo periodo y se deberá realizar el estudio de experiencia siniestral con el propósito de calcular la prima por concepto de renovación.

A efecto de modificar la fecha de inicio consignada en la póliza suscrita, el asegurado deberá presentar una carta y agregar fotocopia de la bitácora de la obra, para el análisis por parte de las Sedes o el Departamento de Riesgos del Trabajo del Instituto.

10.21. Responsabilidad del propietario de la obra o contratista general por declaración de pólizas de los intermediarios en proyectos de construcción. El propietario de la obra o el contratista general asumirá la parte correspondiente a las etapas del proyecto realizadas por intermediarios, si las pólizas de éstos:

- a. Incumplen el plazo para la presentación de la documentación para la declaración del proyecto requerida por el Instituto;
- b. La actividad asegurada en la póliza del intermediario no está acorde con la etapa del proyecto que se pretende cubrir;
- c. El monto asegurado no es suficiente para la etapa del proyecto asignada.

En caso de que la etapa del proyecto ejecutada por intermediarios cuya póliza incumpla alguna (as) de las condiciones anteriores, afecte dos periodos de la póliza del contratista general, el monto se distribuirá según la vigencia del seguro y esto afectará la liquidación y la renovación de la póliza.

10.22. Cancelación de pólizas de intermediarios en proyectos de construcción por no pago. El propietario de la obra o el contratista general asumirá, total o parcialmente, la prima correspondiente a las etapas del proyecto a cargo de intermediarios, cuyas pólizas se cancelan por falta de pago durante la ejecución del mismo.

Si la etapa del proyecto ejecutada por intermediarios cuya póliza se canceló por falta de pago, afecte dos periodos de la póliza del contratista general, el monto se distribuirá según la vigencia del seguro.

Estas etapas del proyecto serán consideradas en la liquidación o renovación de la póliza del contratista principal, según corresponda, y se aplicará el porcentaje establecido en el aparte 9.6.2 “Monto Asegurado en pólizas en la actividad de construcción” de esta Norma, sobre el valor descubierto.

11. Variación a las condiciones de aseguramiento.

11.1. Solicitudes de variaciones del seguro. El Instituto tramitará solicitudes de variaciones a las condiciones del seguro, únicamente cuando:

1. Hayan variado datos tales como, forma de pago, dirección, teléfono, fax, dirección de los trabajos o dirección para notificaciones, correo electrónico, responsable autorizado, y/o razón social.
2. Se haya modificado la actividad económica para la que fue suscrita la póliza de Riesgos del Trabajo, lo cual implica variación en la tarifa inicial, manteniéndose la tarifa vigente.
3. Por fusión de dos o más empresas, integradas bajo una misma razón social y de similar actividad económica. Esta condición, podría implicar variación de la tarifa, por efecto de la siniestralidad.

En todos los casos debe existir notificación escrita por parte del patrono, solicitando la modificación correspondiente y aportando los documentos de mérito.

Para las condiciones definidas en los puntos 1) y 2) y 3) es obligación del patrono informarlo al Instituto inmediatamente; el Instituto aprobará la variación en un plazo no mayor a 30 días, momento a partir del cual regirán los cambios.

La fusión de pólizas aplicará únicamente en aquellas situaciones en que las sociedades o empresas involucradas en el fusionamiento tengan actividades similares o afines. De lo contrario se procederá solamente con el cambio de la razón social o nombre del patrono, así como cualesquiera otro de los datos que sean parte de la nueva razón social señalados en el punto 1) de este apartado, manteniendo las pólizas vigentes de acuerdo con la actividad económica asegurada originalmente para cada una, para todos los casos la tarifa inicial nunca podrá ser inferior al valor del manual de tarifas vigente del Instituto, según la actividad económica.

Los cambios en las condiciones vigentes del contrato, que agraven el riesgo cubierto por el seguro, deben ser puestos en conocimiento del Instituto por el patrono, a efecto de que se realice el ajuste de tarifa y de prima que corresponda. Dichos cambios tendrán vigencia a partir del momento del pago de la prima.

Cuando se den cambios que agraven las condiciones de riesgo cubiertas por el seguro, que no sean notificados al Instituto, el patrono deberá asumir los costos que se derivan de la atención de los siniestros ocurridos a los trabajadores, conforme establece el artículo 211 del Código de Trabajo.

Si como resultado de un estudio por parte de las Unidades Técnicas del Instituto, se determina que la actividad para la cual fue suscrita la póliza ha sido variada sin previa notificación y aval por parte de la Institución, se procederá a realizar el ajuste tarifario y cobro o devolución de primas desde la fecha en que se determine la variación.

Por otra parte, cuando un patrono solicite un cambio en la vigencia de la póliza, ésta se ejecutará considerando dentro del análisis los siguientes extremos:

- a- Que la modificación se realice únicamente para cuando la póliza va a renovar.
- b- Que para todos los casos se realice la renovación, considerando un trienio (o tiempo menor en caso que la póliza se haya emitido en tiempo inferior) de períodos que servirán de base para el estudio siniestral y determinación del coeficiente de variación que se utilice en la determinación de la tarifa de renovación.

- c- Estos períodos se incluirán dentro del registro que lleva el Instituto en su sistema de información, para que sirvan para el cálculo de posteriores renovaciones, quedando como información histórica los anteriores.

11.2. **Extraprima de seguro.** Se tramita una extraprima cuando los trabajos a realizar sean diferentes a los que definen las operaciones normales de la actividad de la empresa y que los mismos sean efectuados por personal de la empresa.

La cobertura de la extraprima no podrá ser anterior a la fecha de pago del recibo por este concepto.

Cuando la empresa contrate personal para labores diferentes a la actividad de la empresa, se debe emitir una póliza de corto plazo que dé cobertura a esa labor adicional.

Para cualquiera de las dos situaciones, la solicitud deberá presentarse con anticipación a la fecha de su inicio y pagar la prima correspondiente antes de la realización de la misma. En caso de no cumplir con esta disposición, los accidentes que ocurran se tramitarán como no asegurados por no existir póliza suscrita para la actividad.

12. Proceso de liquidación.

12.1 **Proceso de liquidación.** La liquidación se realiza al final del período póliza, tomando en cuenta las planillas presentadas. Se aplican los siguientes procesos:

1- **Pólizas permanentes, exceptuando la actividad de la construcción.** El proceso consiste en sumar los salarios mensuales reportados durante el período póliza concluido el cual se compara con los montos asegurados en los recibos pagados durante el periodo. La diferencia resultante se multiplica por la tarifa vigente a efecto de determinar los sobrantes o faltantes de prima y se suman los cargos según lo establecido en los apartes 10.21 "Responsabilidad del contratista general por declaración de pólizas de intermediario en proyectos de construcción" y 10.22 "Cancelación de pólizas de intermediario en proyectos de construcción por no pago" de esta Norma. Se registran las siguientes situaciones:

1.1 Si el balance de prima es menor o igual a la prima mínima: se declara como prima totalmente devengada.

1.2 Aun existiendo saldo a favor, se liquidará como prima totalmente devengada, cuando se haya omitido la presentación de tres o más planillas dentro del período liquidado o se haya aplicado el proceso de sustitución de tres o más planillas dentro del período liquidado.

1.3 Si existe faltante de prima superior a la prima mínima: el patrono debe pagarlo dentro de los diez días siguientes al recibo del aviso respectivo. Dicho pago podrá realizarse en las Oficinas del Instituto, mediante los Intermediarios de Seguros. Concluido el plazo, el capital podrá exigirse por la vía ejecutiva, así como los intereses de mora correspondientes.

Para todos los casos en que se determine un sobrante de prima, y que existan deudas por casos no asegurados o saldos de prima, el sobrante se utilizará para efectuar el pago de las mismas. De existir saldo no cubierto por el sobrante de liquidación, se exigirá por la vía ejecutiva. Una vez realizado ese proceso, de mantenerse un sobrante, este será aplicado como aumento de seguro para el periodo vigente o será devuelto al asegurado a su solicitud.

El pago de la renovación no está sujeto del cálculo de la liquidación.

2 Pólizas permanentes para la actividad de construcción.

- 2.1 El proceso de liquidación se realiza sumando los salarios mensuales reportados durante el período póliza concluido.
- 2.2 Además se considerarán los montos asumidos según lo establecido en los apartes 10.21 “Responsabilidad del contratista general por declaración de pólizas de intermediario en proyectos de construcción” y 10.22 “Cancelación de pólizas de intermediario en proyectos de construcción por no pago” de esta Norma.
- 2.3 Para el caso de proyectos y subcontratos pagados en su totalidad, con vigencia que supera el periodo a liquidar, se considerará solamente la parte de prima consumida al momento de la liquidación según al avance de obra, de forma tal que se garantice la cobertura del proyecto en su totalidad por la prima pagada por anticipado.
- 2.4 De ser necesario, el Instituto solicitará la información que requiera para ampliar criterios en relación con los proyectos en los cuales participó, de conformidad con el artículo 214 del Código de Trabajo.
- 2.5 Si no existe póliza vigente que dé cobertura al personal de los intermediarios, parcial o totalmente (según los términos definidos en los artículos 3º y 193 del Código de Trabajo, declarados de previo en la *“Declaración para actualizar el monto asegurado en proyectos de construcción”*) que asumiría(n) parte del proyecto(s) involucrado(s) dentro del período póliza de interés a liquidar, se procederá a cobrar los montos que correspondía asumir a cada intermediario, aplicando el porcentaje establecido para construcción en general del cuadro citado en el aparte 9.6.2 “Monto Asegurado en pólizas en la actividad de construcción” de esta Norma Técnica.
- 2.6 A los montos de las etapas del proyecto(s) que el patrono declaró en la *“Declaración para actualizar el monto asegurado en proyectos de construcción”* como parte de los trabajos a ejecutar por medio de intermediario(s), que se dedujeron inicialmente del valor total de la obra pero se incumplió el compromiso de reportarlo al Instituto se les aplicará el porcentaje establecido para construcción en general del cuadro citado en el aparte 9.6.2 “Monto Asegurado en pólizas en la actividad de construcción” de esta Norma Técnica.
- 2.7 Las sumas determinadas en los puntos 2.5 y 2.6 anteriores se agregarán como parte del monto consumido a los salarios reportados por el patrono en los detalles de planilla que se indica en el punto 2.1 de este apartado. El monto consumido durante el período póliza concluido se multiplicará por la tarifa vigente para obtener la prima consumida, la cual se comparará con la prima pagada, a efecto de determinar los sobrantes o faltantes de ésta. Se registran las siguientes situaciones:
 - 2.7.1 Si el balance de prima es menor o igual a la prima mínima: se declara como prima totalmente devengada.
 - 2.7.2 Aun existiendo saldo a favor, se liquidará como prima totalmente devengada, cuando se haya omitido la presentación de tres o más planillas

dentro del período de liquidación. Se haya aplicado el proceso de sustitución de tres o más planillas dentro del período de liquidación.

El esquema de liquidación es el siguiente:

Monto consumido será igual a:

Si cumple con la declaración de los intermediarios

Si $D > P * 1.05$ entonces Monto consumido = D

Si no, entonces el monto consumido = P

Lo anterior significa que, si la proyección con respecto a las planillas supera un margen de error del cinco (5) por ciento, el monto asegurado que se considera para la liquidación será el proyectado, de lo contrario, el monto asegurado es la sumatoria de las planillas presentada y/o sustituidas.

Si no cumple con la declaración de los intermediarios

Si $D > P * 1.05$ entonces Monto consumido = D + S

Si no, entonces el monto consumido = P + S

Lo anterior significa que, si la proyección con respecto a las planillas supera un margen de error del cinco (5) por ciento, el monto asegurado que se considera para la liquidación será el proyectado, de lo contrario, el monto asegurado es la sumatoria de las planillas presentada y/o sustituidas; y además se agregan los montos asegurados correspondiente a los subcontratos incumplidos.

En donde

P = Monto declarados en planillas

D = Monto Asegurado mano de obra asumida del proyecto por el contratista principal o propietario

S = Monto declarado en subcontratos incumplidos

1,05 = Es el factor que contiene el margen de error de la proyección de salarios

- 2.8 Si existe faltante de prima igual o superior a la prima mínima: el patrono debe pagarlo dentro de los diez días siguientes al recibo del aviso respectivo. Dicho pago podrá realizarse en las Oficinas del Instituto, mediante los Intermediarios de Seguros. Concluido el término, el capital podrá exigirse por la vía ejecutiva, así como los intereses de mora correspondientes.

Para todos los casos en que se determine un sobrante de prima, y que existan deudas por casos no asegurados o cualquier otra deuda, el sobrante se utilizará para efectuar el pago de las mismas. De existir saldo no cubierto por el sobrante de liquidación, se exigirá por la vía ejecutiva. Una vez realizado ese proceso, de mantenerse un sobrante, este será aplicado como aumento de seguro para el periodo vigente o ser devuelto al asegurado a su solicitud.

3. **Pólizas temporales.** Las pólizas temporales cuya vigencia sea inferior a un año se liquidarán como Prima Totalmente Devengada. No obstante lo anterior, los patronos tienen la obligación de presentar las planillas mensuales, según lo establecido en el

artículo 214 del Código de Trabajo y lo indicado en los apartes 9.9. “Obligación del patrono respecto a la presentación de planillas” y 9.10. “Formato para presentación de planillas” de esta Norma, para efectos de determinar el debido aseguramiento de los trabajadores en caso de accidente.

4. **Pólizas en condiciones especiales.** Los siguientes tipos de póliza se liquidan como prima totalmente devengada: RT-Hogar, RT-Independiente, RT-Adolescente.

- 12.2. **Cómputo de salarios para el proceso de liquidación del período.** Las planillas mensuales que se utilizan en el proceso de liquidación son las que obligatoriamente debe presentar el patrono; tanto del sector privado como del sector público.

De registrarse faltante de planillas, éstas se computarán aplicando el monto de la última planilla reportada, para lo cual se contemplarán los reportes presentados con anterioridad al omitido dentro del período que se liquida. En caso de no encontrar planilla reportada por el patrono para aplicar en el proceso de sustitución dentro del período que se liquida, se utilizará para ese efecto la última presentada en el período inmediato anterior, y así sucesivamente hasta alcanzar el primer período de la póliza, ya fuera por emisión o reexpedición.

13. Casos no asegurados.

- 13.1. **Determinación de costos de casos no asegurados, intereses y recargos.** Se calificará como no asegurado, aquel reporte de aviso de accidente o enfermedad de trabajo, que enmarque dentro de las siguientes situaciones:

1. Que al momento de ocurrencia del evento, no exista seguro vigente.
2. Que el trabajador a que se refiere el reporte, no se encuentre incluido en la última planilla presentada bajo la póliza de la empresa, antes de la ocurrencia del evento.
3. Que no se encuentre reportado en la planilla que se registró por sustitución, posterior a la última presentada e inmediatamente anterior a la fecha de ocurrencia del evento.
4. Que el trabajador a que se refiere el reporte de accidente, -por ser de reciente ingreso a la empresa- no haya sido registrado en la póliza mediante la boleta inclusión provisional de trabajadores, con anterioridad a la ocurrencia del evento.

Es responsabilidad del patrono asumir los costos correspondientes a casos no asegurados, conforme se establece en los artículos 231, 232, y 307 del Código de Trabajo.

Los costos de los casos no asegurados, consideran los siguientes rubros:

- a) Prestaciones directas otorgadas al trabajador.
- b) Gastos Administrativos.
- c) Intereses Moratorios.
- d) Reservas Técnicas.
- e) Costos de los servicios médicos otorgados en INS Salud o sus Centros Médicos Regionales.

Los intereses moratorios se aplican a partir del primer día posterior al plazo concedido en el cobro administrativo, y la tasa que se aplica es la tasa pasiva del Banco Central de Costa Rica.

13.2. **Proceso de cobro de los casos no asegurados.** El cobro de los casos no asegurados cumple con dos etapas:

1. Cobro Administrativo, es el trámite inicial que se aplica para comunicarle al patrono de la deuda por concepto de casos no asegurados y del plazo que dispone para el pago de la misma, según el artículo 307 del Código de Trabajo.
2. Cobro Judicial, es el proceso que se sigue para exigir por la vía ejecutiva el depósito del capital adeudado, al término del plazo del Cobro Administrativo.

13.3. **Plazo para pago durante el cobro administrativo de casos no asegurados.** Notificado el patrono del cobro del caso no asegurado, cuenta con diez días hábiles para depositar las sumas adeudadas. Vencido este término, el depósito del capital podrá exigirse por la vía ejecutiva.

13.4. **Trámite de casos de intermediarios sin póliza.** En consonancia con el artículo 3 y 193 del Código de Trabajo, tanto el contratista general, como el propietario de la obra, asume la responsabilidad por los riesgos ocurridos a trabajadores contratados por intermediarios del cual se valga para la ejecución o realización de los trabajos, que incumplan con las condiciones de aseguramiento establecidas, según establece el aparte 9.4 “Permanencia del Seguro” de esta Norma.

Estos casos se tramitarán como no asegurados y serán cargados a la póliza del contratista general o cobrados al propietario del proyecto.

En caso de que el intermediario mantenga póliza vigente y se le presenta un caso no asegurado, la responsabilidad es exclusiva del intermediario.

14. **Beneficios del seguro obligatorio de riesgos del trabajo.**

14.1. **Beneficios que se otorgan al patrono.** Los beneficios que se otorgan a los patronos son condiciones particulares, previo al cumplimiento de los aspectos relacionados con la Gestión Preventiva Empresarial (certificación positiva en materia de salud ocupacional), condiciones administrativas adecuadas en cuanto al manejo del seguro, y aspectos de interés mutuo para la operación de éste. Dentro de los beneficios que se otorgan, están los siguientes:

14.1.1. **Colectividad.** Consiste en eximir al patrono de la presentación del documento de inclusión provisional de trabajadores nuevos.

Toda póliza temporal (período corto) cuya vigencia sea menor a un año, gozará del beneficio de colectividad y por lo tanto no presentará boleta de inclusión provisional. El patrono queda obligado a presentar el reporte mensual de planilla individual de trabajadores, de conformidad con el aparte 9.9. “Obligación del patrono respecto a la presentación de planillas” de esta Norma.

El otorgamiento de este beneficio para pólizas permanentes se dará cuando se cumplan los siguientes requisitos:

1. Que la fecha de emisión sea igual o superior a 2 años, al momento del estudio.
2. No haber incumplido el pago de la prima, durante el período vigente y los dos (2) períodos inmediatos anteriores.
3. Que la empresa haya cumplido durante el período vigente y los dos inmediatos anteriores, con la presentación oportuna del reporte de planilla por medios electrónicos.
4. No registrar deudas pendientes por saldos de prima de la liquidación de la póliza o de casos no asegurados.
5. Que el promedio de trabajadores asegurados por la empresa durante el período vigente, sea igual o mayor a 30 trabajadores.
6. Que el 100% de los trabajadores reportados mediante inclusiones provisionales en los últimos seis meses antes de la presentación de la solicitud del estudio, hayan sido reportados en las planillas del mes correspondiente según lo indicado en el aparte 10.8. "Inclusión de trabajadores en las planillas", de esta Norma.
7. Cumplir con lo dispuesto en el aparte 6.4 inciso d) de esta Norma.
8. Para empresas constructoras, debe cumplir con la declaración de todos los proyectos y subcontratos.

En caso de que un patrono cuente con el beneficio de "Colectividad" y se le emita otra póliza que se adecue a las condiciones descritas en el aparte 9.4 "Permanencia del Seguro" de esta Norma, se podrá otorgar el beneficio siempre y cuando la o las nuevas pólizas mantengan desde la emisión, en su planilla, un número igual o mayor a 30 trabajadores.

14.1.2. **Convenio o acuerdos específicos sobre reintegro.** De conformidad con el artículo 30 del Reglamento General de los Riesgos del Trabajo, el Instituto puede convenir con el patrono, la adopción de forma de pago por reintegro, de las incapacidades temporales, conforme al cual el trabajador recibe el subsidio por medio de su patrono, quien mensualmente informará al Instituto el total de erogaciones por este concepto, a efecto de que realice el correspondiente reintegro. En adición, el Instituto podrá implementar otras modalidades para reintegro por pago de subsidio salarial en convenio con las empresas.

14.2 **Homologación del Seguro.** Para cada renovación del seguro, se homologarán las condiciones de trabajo y gestión preventiva, según lo indicado en el aparte 7.6 "Cálculo de la bonificación" de esta Norma.

14.3. **Consultorio Médico de Empresa.** A toda empresa que cuente con un consultorio médico de conformidad con las especificaciones que dicte el Instituto, podrá otorgársele - por única vez- un reconocimiento en términos económicos sobre las primas liquidadas para el último período anterior a la fecha de solicitud, de hasta un 5%, de acuerdo a la evaluación que realiza el Departamento de Servicios Regionales de Salud.

14.4. **Pérdida de Beneficios.** Los beneficios que ofrece el Régimen a las empresas aseguradas, se pierden en los siguientes casos:

1. Cuando no se apliquen medidas de prevención y protección, de tal forma que exista un grado de peligrosidad, que atenta contra la salud y seguridad de los trabajadores.
2. Cuando se incumpla con la permanencia del Seguro Obligatorio de Riesgos del Trabajo, exista un aseguramiento parcial de los trabajadores, se consigne información falsa en los reportes de planilla, se omita la presentación de planillas o existan deudas pendientes por casos no asegurados en el período objeto de estudio para efectos de homologación.
3. Cuando se desatiendan las indicaciones de los inspectores del Instituto, respecto a medidas preventivas, cuando no se les permita cumplir con sus obligaciones, definidas en el Título IV del Código de Trabajo y su Reglamento, así como los Reglamentos sobre Salud Ocupacional.
4. Cuando el patrono se negare a colaborar en el suministro de la información requerida por el Instituto en concordancia con lo establecido en el artículo 214 del Código de Trabajo.
5. Cuando el patrono incumpla con lo establecido en el aparte 6.4. inciso d) de esta Norma.

Cuando incumpla en la declaración de proyectos y subcontratos en el plazo indicado en el aparte 9.6.3 “Monto Asegurado en pólizas permanentes, en la actividad de construcción y afines” de esta Norma.

15. Modalidad del seguro.

15.1. **Pólizas temporales.** Las opciones existentes son:

- a. **Construcción:** Como se indica en el punto 9.2 de esta Norma, para el trámite de éstas es necesario aportar la boleta Municipal expedida por la municipalidad donde se esté tramitando el respectivo permiso de construcción. La misma deberá indicar el nombre de la persona que debe suscribir el seguro, así como el valor total de la obra a realizar. En caso de que el suscriptor sea una persona diferente a la consignada en el documento anterior, se debe adjuntar el respectivo contrato de construcción.

No se podrán emitir varias pólizas para una misma empresa o persona física, que su actividad normal sea la construcción permanente, en caso de efectuarlo y de ser comprobado se aplicara lo que establece el aparte 9.4 de esta Norma y se procederá a efectuar la fusión de las mismas.

- b. **Producción:** Estos contratos se extienden para amparar los trabajos que se realizan por períodos o épocas del año y está orientado al sector agrícola principalmente (zafra, recolección de café, cosecha de frutos, etc.). Además de los requisitos establecidos en la solicitud del seguro, debe realizarse una estimación de la producción esperada para ese período, considerando la producción obtenida en los años anteriores.

A estas pólizas se les exime de la presentación de las inclusiones provisionales.

- c. **Pólizas para actividades deportivas y recreativas organizadas por la empresa:** Se emiten para proteger a los trabajadores que participan en actividades deportivas y recreativas organizadas por la empresa, o bien en representación de ésta. El patrono debe garantizar, que no medie la ingesta de licor, uso de narcóticos, drogas hipnógenas, tranquilizantes y excitantes, salvo que exista prescripción médica. Además, que se

realicen en instalaciones previstas para tal fin y cumplir con las normas de seguridad y primeros auxilios que amerite la actividad.

La prima correspondiente deberá pagarse antes de la realización de la actividad. De no cumplir con esta disposición, los accidentes que ocurran se calificarán como no amparados.

- d. **Otras actividades:** Ampara los trabajos que se realicen para actividades diferentes a las descritas en los puntos a., b. y c. anteriores. La suma asegurada se obtiene del monto del contrato entre las partes y la tarifa aplicable está en función de la actividad a realizar. Además de los requisitos establecidos en la solicitud del seguro, para su emisión debe presentarse copia el contrato formalizado entre las partes, debidamente firmado.

15.2. **Póliza para actividades permanentes.** Estas pólizas se expiden para aquellas actividades económicas que permanecerán vigentes mientras perdure la empresa o actividad desarrollada. Entre ellas están las siguientes:

- a. **Póliza general RT-Obligatorio:** Se emite para amparar a las empresas que cuentan con uno ó más trabajadores. Para su emisión se considera la actividad económica, a efecto de aplicar la tasa definida en el manual de tarifas. Se regula por las disposiciones del Código de Trabajo y por esta Norma Técnica.
- b. **Seguro RT-Hogar:** Esta póliza ampara las labores propias de servicio doméstico permanente y un trabajador ocasional cuya labor no se extienda más de tres días al mes, o dos servidoras domésticas permanentes y un trabajador ocasional cuya labor no se extienda más de tres días al mes. Se les exime de la presentación de documentos. Para realizar el cálculo del subsidio, se considerará el salario mínimo decretado.
- c. **Seguro RT-Patrono Asegurado:** Se emite para amparar a las empresas que cuentan con uno ó más trabajadores y en la que adicionalmente se asegura el patrono como un trabajador de la misma. Para su emisión se considera la actividad económica, a efecto de aplicar la tasa definida en el manual de tarifas. Para todos los trabajadores se regulará por las disposiciones del Código de Trabajo y por esta Norma Técnica. El patrono **se normará además por lo dispuesto en el “ADDÉNDUM PATRONO-TRABAJADOR”**, indicado en el aparte 10.3 “Addéndum Patrono-Trabajador” de esta Norma.
- d. **Seguro RT-Independiente:** Esta póliza se emite para amparar a los trabajadores que realicen actividades por cuenta propia, entendidos como los que trabajan solos o asociados, en forma independiente, y que no devengan salario. Se regula por las disposiciones del Código de Trabajo, por esta Norma Técnica y además del “ADDÉNDUM PATRONO-TRABAJADOR”, indicado en el aparte 10.3 “Addéndum Patrono-Trabajador” de esta Norma. Se les exime de la presentación de documentos.

Sustentado en el “Principio de primacía de la realidad”, para la emisión del seguro se establece como requisito necesario que la persona que lo solicita demuestre fehacientemente su actividad independiente, o sea, que sea propietario de su negocio, por lo que asume el riesgo de su actividad profesional, que puede dotarse de su propio equipo de trabajadores quienes podrían llevar a cabo las labores objeto del contrato (de quienes sería patrono y por lo tanto debe emitir póliza tipo “patrono asegurado”) y ejerce

control sobre el servicio que brinda. Para ello será admisible únicamente cualquiera de los siguientes dos documentos:

d.1- Talonario de facturas debidamente autorizadas por Tributación Directa.

d.2- Constancia o certificación emitida por la Tributación Directa en donde se establezca la condición de contribuyente.

e. **Seguro RT-Adolescente.** Esta póliza se emite para amparar a los trabajadores -de conformidad con los artículos 86, 92 y 100 de la Ley N° 7739 del 6 de enero de 1998 “Ley de protección a la Niñez y la Adolescencia”- que como personas adolescentes con edades entre los 15 y menores de 18 años, tienen plena capacidad jurídica para celebrar contratos relacionados con su actividad laboral y que trabajan por cuenta propia e independiente. O trabajadores adolescentes que laboran en actividades económicas familiares donde no está definida una relación obrero-patronal.

Conforme lo establece el artículo 4° del Reglamento a la Ley N° 7739, el Instituto Nacional de Seguros brindará un subsidio del 25% a la tarifa; de tal modo que la tarifa para este seguro se obtiene identificando la actividad económica a asegurar y se descuenta en un 25% a dicha tarifa ordinaria según sea la actividad.

16. **Prohibiciones al funcionario público.**

16.1. **Responsabilidad de las Instituciones que conceden permisos.** Toda entidad de la administración pública que conceda permisos para explotación de bienes y servicios, públicos o privados, debe exigir la constancia emitida por el Instituto para corroborar la existencia del seguro obligatorio de riesgos del trabajo para la actividad a realizar.

En la actividad de construcción, será válida únicamente la constancia expedida por el INS, a nombre del interesado de la obra que tramita el permiso de construcción. El recibo póliza no sustituye dicha constancia.

El funcionario público que no cumpla con lo dispuesto en el artículo 202 del Título IV del Código de Trabajo, estará sujeto a las sanciones contempladas en los artículos 311 y siguientes de este título y 332 del Código Penal (Incumplimiento de deberes).

16.2. **Responsabilidad de los Entes Públicos que contratan servicios.** Todo contrato de compra de servicios que celebre el Estado con terceros y para participar en licitaciones públicas y/o privadas, se debe incluir dentro de los requisitos la presentación de la constancia emitida por el Instituto que valide la existencia del seguro de Riesgos del Trabajo vigente al momento de la solicitud y acorde con los trabajos a realizar en concordancia con la actividad económica que ampare los trabajos a realizar. El recibo póliza no sustituye la constancia indicada anteriormente.

16.3. **Sanciones al incumplimiento del artículo 202 del Código de Trabajo.** Ante el incumplimiento de lo dispuesto en el artículo 202 del citado código, el Instituto acudirá a los Tribunales de Justicia, a efecto de que se apliquen las sanciones tipificadas en los artículos 311 y 614 del Código de Trabajo.

17. **Seguro para las Instituciones del Estado.**

- 17.1. **Ámbito de protección.** Cubre a todos los trabajadores del estado, instituciones públicas y Municipalidades, de conformidad con el artículo 331 del Código de Trabajo; el cálculo de la prima y la forma de pago es anual.
- 17.2. **Instrumento Tarifario que se aplica.** A las pólizas del sector público se les aplica “Revisión Actuarial de tarifas del régimen de riesgos del trabajo sector público”.
18. **Prestaciones médicas.** Se otorgan las definidas en el artículo 218 del Título IV del Código de Trabajo.
19. **Prestaciones económicas.**
- 19.1. **Incapacidad Temporal:** Esta se reconocerá conforme a lo normado en el artículo 236 del Código de Trabajo.
- 19.2. **Pago de Subsidio Salarial de Trabajadores Independientes:** En adición al apartado 10.3 de esta Norma relativo al Addendum Patrono Trabajador, para demostrar fehacientemente la pérdida económica, deben presentar de manera conjunta, los siguientes requisitos:
1. Notas de clientes o empresas que indique que durante el periodo de incapacidad no le han brindado servicios o vendido el producto. (La nota debe indicar número de teléfono y dirección).
 2. Fotocopia de contratos con empresas o clientes que no recibieron el servicio a causa del accidente.
 3. Notas del o los proveedores que le vende el producto donde indique que durante el periodo de incapacidad el trabajador no ha comprado dicho producto. (La nota debe indicar número de teléfono y dirección).
- 19.3. **Pago de subsidio salarial por concepto de incapacidad temporal otorgada a partir de una reapertura.** Las prestaciones en dinero por incapacidad temporal reconocidas al amparo del artículo 218 inciso c) del Título IV del Código de Trabajo, serán procedentes para el trabajador al que, habiéndose otorgado el alta por el médico, solicita una reapertura del caso, en las siguientes situaciones:
1. Será admisible de oficio cuando:
 - Se haga el trámite de reapertura estando el trabajador activo laboralmente con el mismo patrono con el cual sufrió el infortunio.
 - No labore para el patrono con el cual se accidentó y la solicitud de reapertura no exceda en dos (2) ocasiones a partir de la primera alta otorgado por el médico, salvo que previa consulta de la Jefatura Medica del Instituto se establezca la imposibilidad de incorporarse a la fuerza laboral.
 2. En todos los demás casos, en el tanto se cumpla con la condición de que, como consecuencia de la nueva incapacidad, se compruebe una real disminución del ingreso, será admisible como prueba, y en el orden prioritario que se cita, alguno de los siguientes elementos:
 - La manifestación que conste en las planillas que el patrono para el cual labora el trabajador, presenta al Instituto.

- La manifestación que conste en las planillas que el patrono para el cual labora el trabajador, presenta a la Caja Costarricense del Seguro Social.
- Informe que rinda la Inspección General del Ministerio de Trabajo.
- Constancia laboral emitida por el patrono para el cual labora el trabajador, en donde se haga constar la pérdida económica de éste mientras se encuentre incapacitado y además haga constar el número de póliza bajo el cual el trabajador se encuentra reportado y/o debidamente asegurado en la empresa.

Todos los documentos indicados anteriormente deberán ser aportados por el trabajador, excepto lo referente a las planillas presentadas ante el Instituto.

De no comprobarse la pérdida económica, no procederá el pago de subsidio salarial.

- 19.4. **Cuando el trabajador labore para varios patronos.** Si el trabajador labora para más de un patrono, el salario diario que corresponda calcularse para el pago de la incapacidad temporal, se determinará utilizando la sumatoria de los salarios que perciba para cada patrono. Será necesario que el trabajador demuestre fehacientemente y a satisfacción del Instituto el salario que devenga laborando para los otros patronos no responsables directos del infortunio laboral. Para ello, servirá de prueba las planillas presentadas al Instituto.

En caso de no existir reporte ante el Instituto, deberán presentar una certificación de los salarios reportados en las planillas ante la Caja Costarricense de Seguro Social; comprobantes de pago de salario del trabajador; declaración que el patrono haya hecho ante la Dirección General Tributación Directa o Informe que rinda Inspección General Trabajo. Además, deberá informar al Instituto el nombre de los otros patronos para los que labora.

En caso de no cumplirse con tal condición, no procederá el cálculo salarial indicado, como tampoco procede en caso en que el trabajador reciba un salario adicional al dedicarse a actividades propias o personales o de carácter informal, salvo que cuente con la póliza de RT Independiente.

- 19.4. **Para el pago del rubro de traslados.** Para el reconocimiento de los gastos de traslados señalados en el artículo 218 inciso ch) del Código de Trabajo se brindara de acuerdo a las tarifas vigentes establecidas por la Dirección General de Transporte Automotor para el servicio público (autobús o de taxi (si por la condición de salud no puede viajar en bus y no es posible suministrarle ambulancia) o de la Dirección General de Aviación Civil en caso de emergencia.

En los casos en los que el trabajador manifieste cambio domiciliar, para el pago de traslados, el trabajador deberá aportar los documentos que a satisfacción del Departamento, comprueben el nuevo domicilio, entre los cuales, preferentemente son:

- Recibo de servicio público a nombre del trabajador que indique la dirección.
- Fotocopia del contrato de alquiler y último recibo pagado.
- Fotocopia del carné vigente del centro de salud de la CCSS, donde recibe atención médica.

Definiciones

Actividad económica: Se refiere a las actividades establecidas en la “Clasificación Industrial Internacional Uniforme de Todas las Actividades Económicas. 3era Revisión (CIIU 3), publicada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos en Mayo 2000. Se clasifica en 17 secciones denominadas categorías, las cuales están identificadas con un dígito alfabético según se señala a continuación:

CÓDIGO DE ACTIVIDAD	IDENTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES
A	Agricultura, ganadería, caza y silvicultura
B	Pesca
C	Explotación de minas y canteras
D	Industrias manufactureras
E	Suministro de electricidad, gas y agua
F	Construcción
G	Comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos automotores, motocicletas, efectos personales y enseres domésticos
H	Hoteles y restaurantes
I	Transporte, almacenamiento y comunicaciones
J	Intermediación financiera
K	Actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler
L	Administración pública y defensa; planes de Seguridad social de afiliación obligatoria
M	Enseñanza
N	Servicios sociales y de salud
O	Otras actividades de servicios comunitarias, sociales y personales
P	Hogares privados con servicio doméstico

Actividad construcción y afines: Todas las actividades para la construcción, acabados, mantenimiento para dejar utilizable un proyecto constructivo.

Auditoría de salud ocupacional: Evaluación de la organización preventiva existente, con base a parámetros definidos por el Instituto, buscando valorar la operación y funcionalidad de la planificación preventiva que realiza la empresa, programas, métodos de investigación e inspección en salud ocupacional, procedimientos seguros de trabajo y control que se hace en el ambiente de trabajo.

Boleta de Inclusión provisional: Documento remitido por el patrono para el aseguramiento provisional del trabajador de nuevo ingreso, antes de su incorporación en la planilla

correspondiente. Su función es garantizar que toda persona que se incorpore a la empresa a laborar, esté convenientemente empadronada.

Caso no amparado: Se define como tal el reclamo que no califica como riesgo del trabajo y cuya atención debe ser asumida por otro Régimen de Seguridad Social: la Caja Costarricense del Seguro Social o el Seguro Obligatorio Automotor.

Caso no asegurado: Se define como tal el infortunio ocurrido a un trabajador y reportado al Instituto que se caracteriza porque el patrono ha incumplido con las normas de aseguramiento de trabajadores, a saber: que el patrono no cuente con póliza vigente o bien, que contando con el seguro respectivo no haya reportado al trabajador en la póliza con anterioridad a la ocurrencia del siniestro.

Condición de insalubridad en materia de Salud Ocupacional: El Régimen entenderá como condiciones de insalubridad aquellas que provocan o han provocado accidentes cuya frecuencia y severidad superan los estándares definidos para la subactividad donde se ubica la empresa, que provocan o se constata que provocarán enfermedades del trabajo, merced a los niveles de concentración del contaminante, valorados por los técnicos de Riesgos del Trabajo y Salud Ocupacional; o a los efectos detectados por el personal médico de la institución.

Contratante: Persona que suscribe con una entidad aseguradora una póliza o contrato de seguro.

Contrato de Seguro: Es el documento o póliza suscrita cuando se emite el seguro. En él se establecen condiciones generales propias del seguro definido. El seguro de Riesgos del Trabajo tiene su normativa en el Código de Trabajo.

Contratos de Seguro Permanentes: Son de duración indefinida y su prima se calcula por periodos anuales.

INTECO: Instituto de Normas Técnicas de Costa Rica, asociación privada sin fines de lucro, reconocida por el Gobierno de Costa Rica como el ente Nacional de Normalización (Decreto Ejecutivo 24662) y como una organización de interés público mediante Decreto N° 26120-J, cuya misión es fomentar y desarrollar actividades de normalización, así como de apoyo que permitan asegurar con credibilidad que las entidades objeto de evaluación satisfagan las exigencias y necesidades de los agentes económicos y sociales.

Homologación de la Gestión Preventiva: Se refiere a la evaluación de la organización preventiva, y en general a las condiciones de trabajo presentes en la empresa, mediante procedimientos directos o indirectos, a través de la evaluación de los indicadores que muestren el comportamiento siniestral de la empresa y que permitan al ente asegurador valorar los logros que en materia preventiva tiene la empresa, el sector o la actividad económica. Sobre todo, cuando las condiciones imperantes hacen prever que en el mediano y largo plazo, tendrán un efecto significativo sobre la salud de los trabajadores y sobre la demanda de servicios. Esta condición permitirá tomar las medidas preventivas. En lo individual, la homologación se hace mediante la declaración jurada que presenta la empresa de previo a la renovación del seguro.

Homologación de la Tarifa por Siniestralidad: Proceso que consiste en equilibrar la tarifa que corresponde a la póliza en virtud de la experiencia siniestral que registra, con el fin de establecer la tarifa que debe pagar para el período siguiente.

Homologación del Monto Asegurado: Comparación del monto asegurado según lo proyectado contra el monto real reportado en las planillas mensuales y ajustando a un nuevo monto asegurado.

Manual de Tarifas: Tabla de tarifas aplicable a las pólizas que se emiten por primera vez. Es un instrumento previamente establecido, que califica la exposición al riesgo de las diferentes actividades económicas. Incluye la tarifa anual y las recargadas para las formas de pago semestral y trimestral.

Monto Asegurado para Pólizas Permanentes: Es la estimación del total de los salarios a pagar por el patrono durante el año de vigencia de la póliza a suscribir o a renovar, más un 10% de incremento por aumentos salariales en el año póliza.

Norma Técnica en Salud Ocupacional: Documento técnico de referencia que establece los requisitos en el campo de la salud ocupacional, aplicables a procesos, servicios, actividades, personas y sistemas. Su utilización ayuda a reducir costos, mejorar la prevención, y es un complemento de las normas relacionadas con la calidad y el ambiente.

Prima Totalmente Devengada (PTD): Monto pagado por concepto de prima al inicio del período póliza, devengado en su totalidad al final del mismo, o en su defecto el que califica como tal, con base a las disposiciones técnicas para el manejo del seguro.

Póliza: Documento que instrumenta el contrato de seguro, en el que se reflejan las condiciones y normas que de forma general, particular o especial, regulan las relaciones contractuales convenidas entre el asegurador y el asegurado.

Prima: Aportación económica que ha de satisfacer el contratante o asegurado a la entidad aseguradora en concepto de contraprestación por la cobertura del riesgo que este le ofrece y su pago es por adelantado.

Pólizas de Período Corto: Son pólizas de carácter temporal, que se expiden para una actividad determinada y por un período fijo menor a un año. Los tipos que existen en esta modalidad son: para construcción, producción y otras actividades.

Seguro Obligatorio: Es aquel cuya obligación de cumplimiento es impuesta por Ley, siendo que ésta última regula además, la cuantía y límites de las prestaciones, tarifas y primas.

Seguro de Riesgos del Trabajo: Instrumento de la seguridad social costarricense, obligatorio, universal, forzoso y de carácter permanente, que tiene por objeto suministrar las prestaciones preventivas, médicas, y económicas para el trabajador que ha sufrido un accidente o enfermedad con ocasión o como consecuencia del trabajo que ejecuta por cuenta ajena.

Tarifa: Porcentaje que se aplica al monto asegurado, previo análisis de las características, de cada riesgo y actividad económica en la que se ubica el sujeto para quien se emite el seguro.

Anexos

ANEXO I

ESTÁNDARES PARA LA HOMOLOGACIÓN DE LA PREVENCIÓN

DEFINIDA EN EL APARTE 7.5 DE LA NORMA DEL SEGURO

DE RIESGOS DEL TRABAJO

PARÁMETROS PARA EVALUAR ÍNDICE DE INCIDENCIA		
CÓDIGO	ACTIVIDAD ECONÓMICA	ESTÁNDAR
A	Agricultura, ganadería, caza y silvicultura	120
B	Pesca	120
C	Explotación de minas y canteras	120
D	Industrias manufactureras	80
E	Suministro de electricidad, gas y agua	70
F	Construcción	120
G	Comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos automotores, motocicletas, efectos personales y enseres domésticos	70
H	Hoteles y restaurantes	70
I	Transporte, almacenamiento y comunicaciones	70
J	Intermediación financiera	50
K	Actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler	50
L	Administración pública y defensa; planes de seguridad social de afiliación obligatoria	50
M	Enseñanza	50
N	Servicios sociales y de salud	50
O	Otras actividades de servicios comunitarias, sociales y personales	50
P	Hogares privados con servicio doméstico	50
Q	Organizaciones y órganos extraterritoriales	50

Nota: El índice de incidencia (I.I.) se calcula mediante la fórmula siguiente:

$$I.I. = \frac{\text{Casos presentados al régimen}}{\text{Nº medio de trabajadores expuestos}} \times 1000;$$

Nº medio de trabajadores expuestos

Se interpreta como el número de casos por cada 1000 trabajadores asegurados.

Razón costo-prima para optar por el beneficio de bonificación a las primas por la declaración jurada.

La razón costo a primas, es utilizada como una relación de tipo técnico en seguros. Se define con la tasa obtenida de dividir los costos de la póliza entre las primas efectivamente devengadas por el régimen durante un periodo póliza debidamente liquidado, como parámetro de homologación se utiliza una razón de 0.50 (cero punto cincuenta) Su utilidad radica en que define la gravedad en función de los costos generados por casos presentados por el patrono asegurado.

ANEXO II

PARÁMETRO Y ESTÁNDARES PARA LA APLICACIÓN DEL ARTÍCULO 215 DEL CÓDIGO DE TRABAJO, SEGÚN APARTE 7.8 DE LA NORMA TÉCNICA DEL SEGURO DE RIESGOS DEL TRABAJO

PARÁMETROS PARA EVALUAR ÍNDICE DE INCIDENCIA		
CÓDIGO	ACTIVIDAD ECONÓMICA	ESTÁNDAR
A	Agricultura, ganadería, caza y silvicultura	260
B	Pesca	260
C	Explotación de minas y canteras	220
D	Industrias manufactureras	150
E	Suministro de electricidad, gas y agua	150
F	Construcción	210
G	Comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos automotores, motocicletas, efectos personales y enseres domésticos	100
H	Hoteles y restaurantes	100
I	Transporte, almacenamiento y comunicaciones	150
J	Intermediación financiera	100
K	Actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler	100
L	Administración pública y defensa; planes de seguridad social de afiliación obligatoria	100
M	Enseñanza	100
N	Servicios sociales y de salud	100
O	Otras actividades de servicios comunitarias, sociales y personales	100
P	Hogares privados con servicio doméstico	100
Q	Organizaciones y órganos extraterritoriales	100

Nota: El índice (I.I.) de incidencia se calcula mediante la fórmula siguiente:

$$I.I. = \frac{\text{Casos presentados al Régimen}}{\text{Nº medio de trabajadores expuestos}} \times 1000;$$

Nº medio de trabajadores expuestos

Se interpreta como el número de casos por cada 1000 trabajadores. El estándar se establece con base a experiencia siniestral promedio de las actividades para el año 2005 y el promedio nacional del 2005.

ANEXO III

METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DE RIESGOS PROPUESTA

POR EL INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD E HIGIENE

DEL TRABAJO (INSHT) DE ESPAÑA, ADOPTADO

PARA DEFINIR EL GRADO DE RIESGO (GR)

- III.1. Identificación de Peligros. Para la identificación de peligros se define criterios con base a: la existencia de una fuente de daño; quién o qué podría ser dañado y 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.
- III.2. Estimación del Riesgo. Para cada peligro detectado se debe estimar el riesgo, determinando la potencial severidad del daño, es decir las consecuencias y la probabilidad.

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(a), graduado desde **ligeramente dañino -LD** (daños superficiales, cortes menores, irritación de ojos por polvo, molestias, entre otros), **dañino -D** (laceraciones, quemaduras, fracturas menores, sordera, dermatitis, asma, trastornos músculo-esqueléticos, enfermedad que conduce a una incapacidad menor) y **extremadamente dañino -ED** (amputaciones, fracturas mayores, intoxicaciones, enfermedades crónicas que acorte severamente la vida, entre otros).

Para la probabilidad, la misma se gradúa desde: **Alta -A** (El daño ocurrirá siempre o casi siempre); **Media -M** (El daño ocurrirá en algunas ocasiones) y **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 existente, los trabajadores especialmente sensibles, la exposición al peligro, fallos en los servicios, los actos inseguros de las personas o actos subestándar (donde existen estándares) y la protección suministrada por los Equipos de Protección Personal.

En la figura siguiente se muestra el cuadro que permite interrelacionar las variables antes citadas:

Cuadro III-1

CONSECUENCIAS				
		Ligeramente Dañino	Dañino	Extremadamente Dañino
P R O B A B I L I D A D	Baja	RIESGO	RIESGO	RIESGO
		TRIVIAL (T)	TOLERABLE (TO)	MODERADO (M)
	Media	RIESGO TOLERABLE (TO)	RIESGO MODERADO (M)	RIESGO IMPORTANTE (I)
	Alta	RIESGO MODERADO (M)	RIESGO IMPORTANTE (I)	RIESGO INTOLERABLE (IN)

III.3. Valoración de Riesgos. Una vez establecida la evaluación de los riesgos se requiere establecer su impacto, para ello se utiliza el Cuadro VI-2, 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; Moderado (M), cuando se deben hacer esfuerzos para reducir el riesgo; Importante (I), cuando no se debe comenzar el trabajo sin que se haya controlado el riesgo; e Intolerable (IN), implica una reducción inmediata del riesgo, esto para poder comenzar o continuar con el trabajo.

En el cuadro siguiente se esquematizan dichos criterios utilizados en el presente estudio:

Cuadro III-2

Riesgo	Acción y temporización
Trivial (T)	No se requiere acción específica.
Tolerable (TO)	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)	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)	No debe comenzarse el trabajo hasta que se haya reducido 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)	No debe comenzar ni continuar el trabajo hasta que se reduzca el riesgo. Si no es posible reducir el riesgo, incluso con recursos ilimitados, debe prohibirse el trabajo.

San José, 27 de noviembre del 2009.—Departamento de Comunicaciones.—Lic. Ileana Castro F., Jefa.—1 vez.—O. C. 18790.—C. 1.988.290.—(IN2009105625).