

NORMA TÉCNICA DEL SEGURO DE RIESGOS DEL TRABAJO 2012 INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS

Introducción.

El Instituto Nacional de Seguros en su condición de administrador del Régimen de Riesgos del Trabajo, conforme lo establece el artículo 208 del Título IV del Código de Trabajo “De la Protección de los Trabajadores durante el ejercicio del trabajo y Reglamento General de los Riesgos del Trabajo”, hace del conocimiento público la normativa técnica aplicable a este seguro.

Esta normativa define los lineamientos técnicos aplicables para la protección de los trabajadores en el ejercicio del trabajo, en los conceptos de; aseguramiento, reclamos, gestión preventiva, así como para la administración y operación del Seguro de Riesgos del Trabajo.

Objetivo.

Informar a los usuarios las bases técnicas del seguro de riesgos del trabajo, que son aplicables de conformidad con lo establecido en el Título IV del Código de Trabajo.

Ámbito de aplicación.

Esta normativa es aplicable a los usuarios relacionados con el seguro de riesgos del trabajo; patronos, trabajadores y terceros interesados, según los términos definidos en el Título IV del Código de Trabajo y su reglamentación.

En el Instituto Nacional de Seguros brindamos protección al recurso más valioso;

Los trabajadores y trabajadoras de Costa Rica

MSc. Francisco Soto Soto

Subgerente

Generalidades

1. Disposiciones generales

1.1 Principios constitucionales sobre el trabajo y la protección del trabajador:

La protección del 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. Todo patrono debe asegurar a los trabajadores con el Seguro de Riesgos del Trabajo, que será de su exclusiva cuenta y regirá por condiciones especiales, debe además adoptar, en las empresas o lugares de trabajo, las medidas necesarias para la higiene y la seguridad ocupacional de los trabajadores, además de velar por su cumplimiento en las empresas que contrate o subcontrate para la realización de sus trabajos.

1.2 Protección al trabajador durante el ejercicio de su trabajo:

Las normas que fundamentan el Régimen de Riesgos del Trabajo, se encuentran dentro del Título IV del Código de Trabajo, cuyo articulado regula los derechos y obligaciones de patronos, trabajadores y terceros interesados con ocasión del trabajo.

1.3 Condiciones operacionales del seguro:

Se establecen, como condiciones generales de carácter operacional, 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 Nacional de Seguros.

Normas de Aseguramiento.

2. Obligatoriedad del seguro.

2.1 Obligatoriedad del seguro para todo patrono:

Todo patrono tiene la obligación de asegurar, y pagar las primas que se originen del Seguro Obligatorio de Riesgos del Trabajo, para brindar protección a los trabajadores por accidentes y enfermedades de trabajo regulados en el Título IV del Código de Trabajo.

Esta obligación se extiende para el patrono que ceda total, parcialmente o subcontrate con terceros su actividad, para lo cual deberá garantizarse que estos terceros tengan

asegurados, por medio del seguro de Riesgos del Trabajo, a los trabajadores para el desarrollo de la actividad para la cual fueron contratados.

2.2 Requisitos para la tramitación de Exenciones del seguro:

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. Original y copia de la cédula de identidad (por ambos lados) del solicitante.

Una vez emitido el documento de “Exención del Seguro” se considerarán a estas personas no amparados de los beneficios del Seguro de Riesgos del Trabajo, sin embargo, estarán sujetos, por cuenta propia, a cumplir con las disposiciones del Capítulo Octavo del Código de Trabajo, en los términos del artículo 287.

3. Suscripción.

3.1 Concepto del seguro:

Con el pago de la prima, el Instituto Nacional de Seguros atenderá y protegerá los riesgos del trabajo que sufran los trabajadores o el trabajador independiente, ante la eventual ocurrencia de accidentes y enfermedades laborales a que están expuestos en el desempeño de su labor.

3.2 Clasificación del seguro de Riesgos del Trabajo:

El Seguro de Riesgos del Trabajo, se clasifica en dos grupos básicos:

3.2.1 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 opciones existentes son:

- 1) Construcción: Como se indica en el Aparte 3.9 “Requisitos generales para la emisión del seguro” de esta Norma, 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, 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.

En caso de que el suscriptor sea una persona diferente al propietario de la obra se debe adjuntar el escrito de acuerdo de partes o compromisos para el servicio de construcción otorgado.

La tarifa aplicable está en función de la actividad a realizar.

- 2) Otras Actividades: Ampara los trabajos que se realicen para actividades diferentes a la descrita en el punto anterior. 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.

3.2.2 Pólizas permanentes:

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

Estas pólizas se expiden para aquellas actividades económicas de las cuales se desconoce su duración o fecha de finalización. Entre ellas están las siguientes:

- 1) Póliza general RT Obligatoria: Se emite para amparar a los trabajadores de los patronos (físicos o jurídicos) 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.
- 2) 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 exige de la presentación de documentos.

3) 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 Aparte 3.4 “Addendum Trabajador Independiente” de esta Norma.

4) 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.

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.

Sustentado en el “Principio de primacía de la realidad”, para la emisión del seguro se establece como requisito necesario que el solicitante demuestre, fehacientemente, su actividad independiente, por lo que asume el riesgo de su actividad profesional. Para ello será admisible únicamente cualquiera de los siguientes dos documentos:

- a) Talonario de facturas debidamente autorizadas por Tributación Directa.
- b) Constancia o certificación emitida por la Tributación Directa en donde se establezca la condición de contribuyente.

5) Seguro RT-Adolescente: Esta póliza se emite para amparar a los trabajadores - de conformidad con los artículos 86, 92 y 100 de la Ley Nº 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 4º del Reglamento a la Ley Nº 7739, el Instituto Nacional de Seguros brindará un subsidio del 25% a la tarifa RT Adolescente; 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.

3.3 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.

3.4 Addendum Trabajador Independiente:

Es el documento formal que se entrega al asegurado, adicional al contrato - póliza, cuando el trabajador decide, voluntariamente, incorporarse dentro del seguro de Riesgos del Trabajo, en el documento indicado se consignan las disposiciones adicionales que regulan al trabajador independiente.

La entrega del documento es una formalidad dentro del trámite de emisión, la omisión en este sentido no exime al asegurado de cumplir con los requisitos establecidos.

3.5 Solicitudes de variaciones del seguro:

El Instituto Nacional de Seguros tramitará solicitudes de variaciones a las condiciones del seguro, únicamente cuando:

1. Cambien 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 modifique 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 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 señalada en el punto 1 anterior 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.

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.

Igual procedimiento se aplicara cuando se determine que existe una diferencia en la aplicación de un estudio de siniestralidad, reexpedición, cambio de vigencia, u cualesquier otro procedimiento que interfiera en el cálculo de las primas reales de aseguramiento, por lo que se procederá a realizar los ajustes correspondientes y cobro o devolución de primas desde la fecha en que se determine la variación.

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.

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.
- d. No se permitirán dos cambios de vigencia simultáneos en un mismo periodo póliza y en caso de cancelación de póliza aplicará el último periodo establecido

Será potestad de la Administración la resolución de casos especiales y particulares.

3.6 Extra prima de seguro:

Se tramita una extra prima cuando los trabajos a realizar sean diferentes a los que definen las operaciones normales de la actividad de la empresa, sea que éstos se

realicen con personal de la empresa o bien con una contratación extraordinaria para llevar a cabo la labor.

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

Tratándose de actividades deportivas y/o recreativas, en ausencia del pago de la extra prima correspondiente, de presentarse accidentes, éstos se tramitarán como no amparados por el régimen de riesgos del trabajo.

3.7 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:

- a) El objetivo del viaje, el país de destino y el período en que se realizó el viaje.
- b) 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 definidos en el procedimiento vigente al momento del accidente.

3.8 Emisión de la póliza:

El Seguro de Riesgos del Trabajo podrá ser emitido a través de los intermediarios debidamente autorizados y registrados ante la SUGESE y el INS, además de las Sedes del Instituto en todo el país.

3.9 Requisitos generales para la emisión del seguro:

Para tramitar el Seguro Obligatorio de Riesgos del Trabajo, el interesado deberá cumplimentar la información requerida en los formularios de Emisión y/o reexpedición dispuestos para este fin.

Deberá aportar los siguientes documentos:

- a. Copia de la cédula física o certificación de personería jurídica.
- b. 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, 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.
- c. Para la emisión de pólizas permanentes de construcción y de existir proyectos al momento de emitir el seguro, 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 Nacional de Seguros o en cualquiera de sus Sedes en todo el país.
- d. Cumplimentar el formulario "Conozca su cliente" en apego a lo establecido en la Ley 8204.
- e. 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.
Adicionalmente, para pólizas temporales, deberá aportar:
- f. Copia del escrito de acuerdo de partes o compromisos para el servicio de construcción otorgado.

3.10 Prima del seguro:

Es la aportación económica que ha de satisfacer el patrono o asegurado al Instituto Nacional de Seguros en concepto de contraprestación por la cobertura del riesgo que este le ofrece, su pago es por adelantado.

Para su cálculo se utilizan los siguientes componentes; Actividad Económica, Tarifa y Monto Asegurado, que se describen en los apartes; “4 Tarifación del Seguro” y “5 Monto Asegurado”.

3.11 Prima mínima:

La prima mínima, independientemente del período póliza, sea permanente o temporal será de diez mil colones, exceptuándose las pólizas de construcción, cuya prima se regirá por lo establecido en esta norma técnica.

En pólizas permanentes o temporales superiores a un año, se podrá fraccionar la prima en semestral o trimestral bajo las siguientes condiciones:

- Semestral, cuando la prima anual estimada sea superior a ₡ 20.000,00;
- Trimestral, cuando la prima anual estimada sea superior a ₡ 40.000,00

3.12 Prima provisional:

La prima provisional es la que se estima al inicio de cada período del seguro, tomando como base los montos asegurados proyectados, tal como se indica en esta sección; Aparte 5 “Monto Asegurado”, multiplicado por la tarifa correspondiente a la actividad que se pretende asegurar, indicada en el Aparte 4. “Tarifación del Seguro”.

3.13 Formas de pago y variaciones en la forma de pago:

El Seguro de Riesgos del Trabajo es anual renovable y su prima, para las pólizas temporales superiores a un año y permanentes, puede pagarse de las siguientes formas:

- a) Anual
- b) Semestral
- c) Trimestral

La variación a la forma de pago debe solicitarse por escrito y su modificación regirá a partir de la renovación siguiente, en concordancia con el artículo 212 del Código de Trabajo. Se aplicaran los recargos para el pago fraccionado establecidos en la nota técnica del seguro de Riesgos del Trabajo aprobada por la SUGESE, los cuales se informarán a cada patrono al momento de emitir, reexpedir o renovar el seguro de riesgos del trabajo.

3.14 Pago de primas de las pólizas:

Las primas del Seguro de Riesgos del Trabajo deben ser pagadas por adelantado. Se otorga un plazo de 10 (diez) días hábiles a partir del vencimiento para el pago de las primas por concepto de abono o renovación.

De no recibirse el pago de la prima dentro del plazo señalado, la póliza se cancelará automáticamente, haciéndose el patrono acreedor a las sanciones establecidas en el Código de Trabajo.

Para las pólizas temporales, cuya vigencia sea inferior a un año, la prima será pagadera en un sólo tracto y deberá ser pagada por adelantado.

3.15 Teletrabajo:

El patrono que implemente la modalidad de Teletrabajo, deberá mediante los reportes mensuales de planilla, identificar los trabajadores que operen bajo esta figura, por medio del código particular para este tipo de funcionarios.

Funcionamiento en caso de accidente

En caso de la ocurrencia de un accidente o la detección de una enfermedad, ambos de trabajo, que puedan clasificarse como Riesgos del Trabajo, el patrono deberá cumplir con las obligaciones establecidas en el Código de Trabajo.

Por otra parte, el patrono debe garantizar las condiciones de higiene y de medio ambiente a los trabajadores, establecer medidas preventivas y correctivas en materia de Salud Ocupacional, obligaciones contenidas en el artículo 214 inciso d) y artículo 282 del Código de Trabajo, los cuales obligan a la empresa a implementar en todos sus lugares de trabajo las medidas correspondientes en este aspecto.

En este mismo sentido, el Instituto, facultado por los artículos 214, inciso c), 284 y 299 del Código de Trabajo, podrá ejercer inspecciones e investigaciones de las condiciones de Salud Ocupacional de los trabajadores en la modalidad de Teletrabajo.

Por esta razón a continuación se dan algunas recomendaciones para adecuar este tipo de instalaciones con algunos requerimientos mínimos:

1. Adecuación de espacio físico en la casa, centros comunales o telecentros para la realización de los trabajos.
2. Condiciones ergonómicas en aspectos de iluminación, ambiente térmico y ruido.
3. Condiciones de seguridad.

Estas obligaciones referidas, confieren al patrono, la responsabilidad de velar por la seguridad ocupacional de sus colaboradores y a la investigación de los accidentes que ocurran a los mismos, de tal manera que bajo el principio de “Buena Fe”, el Instituto asumirá como cierta la información suministrada por medio del formulario “Aviso de accidente y/o Enfermedad de Trabajo Y Orden de Atención Médica”.

Cualquier modificación a lo declarado en dicho formulario, deberá ser plenamente documentado por el patrono, en concordancia con las obligaciones que le confiere el Código de Trabajo.

4. **Tarifación del seguro.**

El modelo del Seguro Obligatorio de Riesgos del Trabajo es de reparto en cuanto a los beneficios de atención médica, incapacidad temporal, y de capitalización respecto a los beneficios de incapacidad permanente y muerte.

La tarifa o precio del seguro permite otorgar los beneficios para los trabajadores, gastos de previsión y gastos administrativos. De este último rubro, los componentes principales están relacionados con la administración del seguro.

4.1 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.

4.2 Estructura del manual de tarifas:

El Manual de Tarifas clasifica a las empresas según su actividad económica principal. Estas actividades económicas tienen asignada una tarifa según su nivel de riesgo y cuentan con el aval de la SUGESE.

4.3 Tarifa inicial para empresas nuevas:

Los patronos o trabajadores independientes que suscriban el seguro por primera vez, tendrán como tarifa inicial la establecida en el Manual de Tarifas que se encuentre vigente, según la actividad económica principal que desarrolle.

Cuando existan condiciones que agraven el riesgo, la tarifa podrá ser variada, según lo establece el artículo 211 del Código de Trabajo.

4.4 Tarifa pólizas temporales:

Para trabajos temporales, cuya vigencia sea inferior a un año, la tarifa aplicable es la anual según la actividad económica principal que se trate.

4.5 Cálculo de la tarifa en cada período de vigencia -Experiencia de la póliza:

Los elementos que componen el estudio de experiencia para los siguientes períodos de vigencia de la póliza, son:

- a) Períodos que componen el período de estudio: Se refiere a los últimos 3 periodos póliza, sin considerar el inmediato anterior. En caso de vigencia inferior a 3 periodos se considerarán los períodos acumulados a la fecha sin considerar el inmediato anterior.
- b) prima neta: Es la prima que se deriva de la liquidación del periodo póliza, basado en el monto asegurado consumido.
- c) Monto asegurado consumido: Es la sumatoria de todas las planillas, presentadas por el patrono o sustituidas, que determinan el monto real de salarios pagados a los trabajadores, durante la vigencia del período póliza cubierto.
- d) 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.
- e) Tarifa vigente: Es la tarifa que se aplicó durante el último período vigente.

- f) Tarifa inicial: Es la consignada en el Manual de Tarifas vigentes del Instituto, correspondiente a la actividad económica de la empresa al momento del estudio.
- g) 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 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. Si la póliza no registra costos durante el periodo en estudio, tendrá derecho a un descuento del 30% según los términos definidos en esta Norma.

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	de Descuento o recargo
De 0 a menos de 10	% 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 igualo superior a la Tarifa Inicial de la póliza, solamente en los casos que por antigüedad la tarifa está bonificada, la misma será inferior a la tarifa inicial, pero esta no podrá ser descontada en caso de tener una buena siniestralidad manteniéndose la misma.

4.6 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.

4.7 Factores que influyen en el monto a pagar al inicio de cada período póliza:

- Grado de calificación (GC), definido en la Norma sobre Salud Ocupacional.
- 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.

5. Monto asegurado.

5.1 Cálculo del monto asegurado pólizas permanentes:

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, agregándole un 10% por concepto de ajustes salariales que se estima se decreten durante el período.

Tratándose de pólizas con forma de pago anual, dicha proyección podrá ser revisada de oficio o a solicitud del patrono dentro de la vigencia del periodo a fin de determinar desviaciones y realizar los ajustes de mérito.

Cuando se trate de pólizas que han sido emitidas para amparar labores producto de 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.

5.2 Monto asegurado de pólizas temporales 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 u obra.

Cuando se trate de actividades de construcción y afines, 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 la boleta municipal, para proyectos donde este requisito sea indispensable, o bien en el contrato de consultoría del CFIA, licitación pública, licitación privada, contrato directo ó contrato por servicios u orden de compra, por el porcentaje indicado por el patrono sobre lo que será su mano de obra. 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.

En caso de duda, deberá aportar documentos que contribuyan a establecer con mayor precisión el monto de mano de obra.

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 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 electromecánica)	20%
Edificaciones de interés social (1)	15%

(1) El interesado deberá 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:

- a) Que la empresa financiera que acredita el bono, exista como autorizada ante el BANHVI.
- b) 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.

5.3 Monto asegurado para 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. El monto asegurado, para el período, se determinará de la siguiente manera:

1. Sumatoria del monto de todos los proyectos, de conformidad con el valor indicado en los documentos referidos en los incisos b y c del aparte 3.9 Requisitos Generales para la emisión del seguro” de esta norma. A dicha sumatoria se le aplicará el porcentaje declarado por el patrono, si es omitido, se utilizará el establecido en la tabla del aparte 5.2 “Monto Asegurado de pólizas temporales 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 Póliza vigente adecuada al riesgo de la actividad a desarrollar.

1.2 Etapa subcontratada declarada y cubierta por el propietario, contratista general o intermediario con su respectiva póliza.

1.3 Trabajos de la etapa subcontratada, sean reportados al INS 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 INS previo a la iniciación del mismo. Mediante la aplicación del proceso indicado en el punto 1 anterior, se actualizará la prima por el resto del período de vigencia del seguro, si así corresponde.

La actualización se hará mediante un “aumento de seguro”, calculando las primas restantes de conformidad con la forma de pago.

La omisión de este requisito implica que la mano de obra se tasaré con el porcentaje indicado en el aparte 5.2 “Monto Asegurado de pólizas temporales en la actividad de construcción y afines”

3. Para determinar el monto asegurado de cada proyecto deberá informarse por escrito al INS, aportando -para cada proyecto- los requisitos establecidos en los incisos b) y c) del aparte 3.9 “Requisitos Generales para la emisión del seguro” de esta norma.

4. Si el propietario de la obra, contratista general, señala únicamente 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 INS 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.

4.2 Presentar al INS 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, el INS 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.

El INS 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.

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.

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 5.2 "Monto Asegurado de pólizas temporales en la actividad de construcción y afines" 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 el último año concluido. 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.
 7. Cuando se determine que la obra se encuentra en avance, se tasara el porcentaje concluido aplicando los valores determinados en la tabla contenida en el aparte 5.2 de esta Norma y la parte sin concluir deberá declararse mediante el formulario establecido. Cuando se trate de obras concluidas se aplicarán los valores determinados en la tabla contenida en el aparte 5.2 de esta Norma, sobre el valor total de la obra.
 8. 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
- 5.4 Monto asegurado para pólizas temporales para actividades distintas a construcción:
1. Para pólizas de producción, 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:
$$\text{Monto Asegurado} = \frac{\# T}{\text{PRD}} * \text{SML}$$

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.

- 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

En donde;

1 fanega = 20 cajuelas

El valor de la cajuela se establece en el decreto de salario mínimos del MTSS.

2. Para las pólizas temporales de otras 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.

6. Pólizas del Sector Público.

- 6.1 Pólizas del Sector Público:

La administración de las pólizas del estado, instituciones públicas y municipalidades, se regirá por las condiciones establecidas para pólizas del Sector Público.

- 6.2 Ámbito de protección Sector Público:

Cubre a todos los trabajadores del estado, instituciones públicas y municipalidades, de conformidad con el artículo 331 del Código de Trabajo.

- 6.3 Pago prima Sector Público:

Las primas por concepto de renovación o abono del Seguro Obligatorio de Riesgos del Trabajo de cualquier entidad del Sector Público, deberá ser pagada a más tardar al 31 de marzo de cada año. Los saldos de prima por concepto de liquidación deberán pagarse dentro de los primeros seis meses de cada año.

Sin perjuicio de lo anterior, el Instituto cobrará intereses corrientes calculados sobre la tasa básica pasiva del Banco Central de Costa Rica para las inversiones en colones a partir onceavo día hábil posterior al inicio del periodo.

7. Planilla de Trabajadores.

- 7.1 Obligación del patrono respecto a la presentación de planillas:

Es obligación de todo patrono, remitir un estado mensual de planilla, que incluya el monto del salario pagado a los trabajadores de su empresa o a su cargo.

Para aquellos patronos que presenten planillas con fechas de corte diferentes al mes calendario deberán, previo al inicio del período póliza, informar por escrito al INS las fechas de inicio y conclusión de cada periodo, a efecto de incluirlos en los sistemas de información. Dichas fechas serán las que se utilizarán como parámetro para la determinación del aseguramiento de los trabajadores.

En caso de no presentar la calendarización de pagos conforme lo señalado, los reportes de planilla presentados se homologarán al mes calendario correspondiente.

Se establece como período de recepción ordinario de planillas, los primeros ocho días hábiles del mes siguiente y como período extemporáneo dos días hábiles adicionales. Lo anterior, sin perjuicio de la aplicación de las sanciones legales que se estipulan en el Título IV del Código de Trabajo, relativos a este aspecto, según el siguiente cronograma:

- 7.2 Formato para presentación de planillas:

Las planillas deben presentarse utilizando el formato, que para ese efecto tiene el INS a disposición de los asegurados, por medio electrónico (Internet) o por medio magnético (disquete, disco compacto ó dispositivo USB). Todos los usuarios de estos servicios podrán optar por los beneficios que se destacan en la Sección Normas de Reclamos, Aparte 15.

En caso de no contar con estas herramientas tecnológicas deberá presentarse en el formulario tradicional preimpreso, suministrado por el INS, 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 identificación.
- Número de Asegurado. (de la CCSS)
- 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.

En casos de excepción calificada, y exclusivamente cuando se utilice para la entrega de la planilla a un Intermediario de Seguros autorizado, 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.

La copia fotostática incompleta o con datos inconsistentes no se procesará y se archivará dentro del expediente póliza, y será sustituida de conformidad con lo dispuesto en el Aparte 7.7 de esta Norma.

7.3 Recepción de planillas canales de comercialización:

Los Intermediarios de Seguros autorizados por el Instituto, que brinden el servicio de recepción de planillas de Riesgos del Trabajo, están obligados a entregarlas al Instituto dentro de los plazos y condiciones fijados, siendo que el incumplimiento de esta obligación le acarrea responsabilidad.

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

7.4 Ajuste de salarios en los reportes de planillas:

Cuando el Patrono reporte en la planilla salarios inferiores al mínimo legal, se ajustan en todo momento a los indicados por ocupación 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. En todo momento se incluirá el salario reportado por el patrono para todos aquellos trabajadores que laboren menos de la mitad de la jornada siempre que este sea igual o superior a la proporción correspondiente a la jornada ordinaria completa por las horas laboradas.

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

7.5 Registro de trabajadores mediante inclusión provisional:

El patrono debe incluir a los trabajadores de nuevo ingreso, mediante la boleta de "Inclusión Provisional de Trabajadores" que el Instituto dispone en formulario preimpreso 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 de planilla del mes que corresponda, según la fecha de ingreso.

Para todos aquellos trabajadores, reportados por medio de la inclusión provisional, que no aparezcan registrados en la planilla correspondiente, 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 15.1. "Colectividad" de esta Norma, están exonerados de la presentación de la Inclusión Provisional con anterioridad al inicio de labores del trabajador, pero 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 conforme lo señalado en el aparte 14.1 "Determinación de costos de casos no asegurados" de esta Norma.

7.6 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 preimpreso 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

7.7 Sustitución de planillas:

Concluido el plazo ordinario y extemporáneo, el INS 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 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.

De igual forma se procederá cuando el patrono no presente el reporte de planilla en original o bien presente el documento incompleto o con datos inconsistentes, para lo cual el Instituto le informará sobre la situación presentada y le otorgará un plazo de 10 días naturales para que proceda con la corrección de mérito. Transcurrido este plazo sin obtener respuesta por parte del patrono omiso, el reporte no se procesará y se archivará dentro del expediente póliza.

8. Cancelación de pólizas

8.1 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 suscriba un nuevo seguro para una misma actividad para la cual ya cuenta con póliza, 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 dos o más de las siguientes variables, 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 8.2 "Cierre de centros laborales y conclusión de trabajos en pólizas permanentes y temporales" de esta Norma.

Tratándose de pólizas temporales sólo se suscribirá un único contrato por patrono, el cual podrá ser reexpedido cuantas veces sea necesario a solicitud del cliente, sin importar que la actividad económica sea diferente, de forma tal que de previo a realizar la reexpedición se procederá con el cálculo del porcentaje de siniestralidad que le corresponde ser cargado a la tarifa de la actividad a asegurar.

8.2 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:

- Notificación escrita al Instituto Nacional de Seguros.
- 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.

8.3 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:

- a. Carta de solicitud de suspensión.
- b. 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.

8.4 Cancelación del seguro por no realización de los 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:

- a) Carta del patrono.
- b) Bitácora de la obra sellada por el Colegio de Ingenieros, donde se justifique que no se llevará a cabo la construcción.
- c) Nota de la Municipalidad donde se indica la anulación del permiso respectivo para la construcción.

2. Pólizas suscritas para otras labores:
 - a) Carta del patrono, solicitando la devolución de la prima.
 - b) 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.
- 8.5 Cancelación de proyectos en pólizas permanentes en la actividad de construcción:

En caso de no utilizar o utilizar parcialmente la póliza, por la no ejecución o paralización de la obra, el contratista o propietario de la obra deberá remitir al Instituto Nacional de Seguros, 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:

 - a) Motivo de la cancelación
 - b) Empresa que sustituye al contratista inicial
 - c) Avance de las obras (este porcentaje debe de estar considerado en la bitácora)
 - d) Si la obra solamente se suspende, deberá presentar una declaración por la parte de obra concluida indicando cuando se reiniciarán las obras o en su defecto si la obra queda inconclusa por tiempo indefinido, con el fin de reintegrar la parte de prima no devengada.
- 8.6 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 períodos 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 5.2 “Monto Asegurado en pólizas temporales en la actividad de construcción y afines” de esta Norma, sobre el valor descubierto.
9. **Extensiones y modificaciones.**
 - 9.1 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:

 - a) Realizar la solicitud antes de la expiración de la vigencia original contratada.
 - b) Se encuentren presentados todos los reportes de planillas en los plazos establecidos.
 - c) Corresponda a la misma obra según los datos consignados en la emisión.
 - d) Vigencia completa, incluyendo la nueva extensión no sea superior a dos años.
 - e) 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 por concepto de reexpedición, tomando en consideración la proyección de planillas a pagar durante el periodo de extensión.

Si la vigencia supera los dos años, la póliza se debe variar a “permanente”, 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 del Instituto Nacional de Seguros.
 - 9.2 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 intermediarios 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 períodos 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. Reexpedición de póliza.

10.1 Reexpedición de pólizas:

Es el proceso por el cual a una póliza, 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:

1. 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). 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.

2. 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 4.5 f) “Cálculo de tarifa para cada período de vigencia” 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.

3. Reexpedición pólizas permanentes de la actividad de construcción: El proceso es el siguiente:

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

Si declara proyectos nuevos se aplicará lo contemplado en los Apartes 5.2 “Monto Asegurado de pólizas temporales en la actividad de construcción y afines” en pólizas y 5.3 “Monto Asegurado en pólizas permanentes, en la actividad de construcción y afines” 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”.

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 Nacional de Seguros, para el correspondiente aseguramiento.

10.2 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:

- a. Copia de la cédula de identidad del patrono o representante legal.
- b. Solicitud de reexpedición debidamente cumplimentada y firmada por el patrono o representante legal.
- c. 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.
- d. Cumplimentar el formulario "Conozca a su cliente" en apego a lo establecido en la Ley 8204.

11. Liquidación anual de pólizas.

11.1 Proceso de liquidación:

La liquidación se realiza al final del período anual de cada póliza, tomando en cuenta las planillas presentadas por el patrono así como también las deudas por casos no asegurados y en el caso de las pólizas de construcción los proyectos e incumplimientos.

Se aplican los siguientes procesos:

1. Pólizas permanentes, exceptuando la actividad de construcción.

El proceso consiste en sumar los salarios mensuales reportados durante el período póliza finalizado, 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. 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 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 podrá utilizar 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.

11.2 Liquidación pólizas permanentes para la actividad de construcción:

El proceso de liquidación se realiza sumando los salarios mensuales reportados durante el período (póliza) concluido.

Además se considerarán los montos asumidos según lo establecido en los Apartes 9.2 "Responsabilidad del propietario de la obra o del contratista general por declaración de pólizas de intermediario en proyectos de construcción" y 8.5 "Cancelación de pólizas de intermediario en proyectos de construcción por no pago" de esta Norma.

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.

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.

Si no existe póliza vigente que dé cobertura al personal de los intermediarios, parcial o totalmente (según los términos definidos en los artículos 3 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 5.2 “Monto Asegurado en pólizas temporales en la actividad de construcción y afines” de esta Norma Técnica.

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 5.2 “Monto Asegurado en pólizas temporales en la actividad de construcción y afines” de esta Norma Técnica.

Las sumas determinadas en los puntos anteriores se agregarán como parte del monto consumido a los salarios reportados por el patrono en los detalles de planilla que se indica en 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 la siguiente situación:

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

El esquema de liquidación es el siguiente:

Si cumple con la declaración de los intermediarios:

Monto consumido será igual a:

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

Monto consumido será igual a:

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

Si existe faltante de prima igualo 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 los cuales rigen a partir del onceavo día de comunicado el cobro.

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 podrá utilizar 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, parcial o totalmente de contar con saldos suficientes en su póliza para el nuevo periodo.

Para el caso de las empresas dedicadas a la construcción o afines, esta devolución depende del avance y cobertura de las obras por las cuales se pago dicha prima anticipadamente.

11.3 Liquidación 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 para efectos de determinar el debido aseguramiento de los trabajadores en caso de accidente.

11.4 Liquidación pólizas en condiciones especiales:

Los siguientes tipos de póliza se liquidan como prima totalmente devengada: RT Hogar, RT Independiente y RT Adolescente.

11.5 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.

Normas de Reclamos.

12. **Accidente o enfermedad del trabajo.**

12.1 Denuncia de accidente o enfermedad de trabajo y orden de atención médica:

Todo patrono está obligado a denunciar todo riesgo del trabajo que le suceda a sus trabajadores en el formulario de aviso de accidente o enfermedad de trabajo, que se dispone en forma física o electrónica por medio del servicio AVINET, 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.

12.2 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.
5. Usuario y clave de acceso para el uso de los servicios electrónicos tales como envío de planillas, inclusiones provisionales y AVINET, entre otros.

Es responsabilidad del patrono velar por la custodia y el buen uso de los documentos y claves 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.

12.3 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.

En el caso de planillas, inclusiones provisionales y avisos de accidente, se regirán por las disposiciones de uso aceptadas por el patrono al momento de registrarse como usuarios de los servicios por Internet.

12.4 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 tornar las medidas preventivas para evitar situaciones similares.

Esto independientemente de la responsabilidad del patrono en caso de que el accidente ocurra bajo los supuestos del artículo 305 del Código de Trabajo.

13. **Prestaciones sanitarias y económicas.**

Los beneficios a los trabajadores se subdividen en: incapacidad temporal, incapacidad permanente, atención médica-sanitaria y prestaciones económicas 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.

13.1 Prestaciones médicas:

Se otorgan las definidas en el artículo 218 del Título IV del Código de Trabajo.

13.2 Prestaciones económicas por incapacidad temporal:

Esta se reconocerá conforme a lo normado en el artículo 236 del Código de Trabajo.

El pago de subsidio salarial a trabajadores independientes, en adición a lo relativo al Addendum Patrono Trabajador, para demostrar fehacientemente la pérdida económica, deben presentar de manera conjunta, los siguientes requisitos:

- 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).
- Fotocopia de contratos con empresas o clientes que no recibieron el servicio a causa del accidente.
- 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)

13.3 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 parte del médico, solicita una reapertura del caso.

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.

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.

13.4 Cálculo del subsidio para trabajador que labora 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.

13.5 Reconocimiento pasajes por 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. (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 de domicilio, 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.

14. Casos no asegurados.

14.1 Determinación de costos de casos no asegurados:

Se calificará como caso no asegurado, aquel reporte de aviso de accidente o enfermedad de trabajo, que enmarque dentro de las siguientes situaciones:

- a. Que al momento de ocurrencia del evento, no exista seguro vigente.
- b. Que el trabajador, al 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.
- c. 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.
- d. 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.

Cuando exista póliza vigente, con el consentimiento tácito o expreso del patrono, el Instituto podrá cargar a la siniestralidad de la póliza los costos derivados de los casos no asegurados por falta de reporte mediante inclusión provisional o en planillas presentadas de previo al infortunio, salvo constatación de evidente descuido en la administración de la póliza. Para este efecto, al momento de la renovación del nuevo periodo póliza se constatará que el patrono, en los dos últimos periodos póliza liquidados, no haya incurrido en las conductas que se señalan:

- 1) Periodos de no cobertura de la póliza.
- 2) Planillas sustituidas, no presentadas, planillas de inclusión o planillas para pago de incapacidades.
- 3) Casos no asegurados por ausencia del seguro.

Sin perjuicio de lo antes expuesto el Instituto conservará el derecho de accionar contra el patrono, por el cobro de los gastos incurridos ante esa eventualidad.

Transitorio Único:

Para todos los casos no asegurados que hayan generado avisos de cobro a partir del 01-02-2008 que se encuentren en cobro administrativo en condición de pendientes, el Instituto procederá con la consideración de estos costos dentro de la siniestralidad de la póliza, teniendo como fecha de registro el 31-01-2012 y para este efecto se procederá con la publicación en los medios de circulación nacional, para que el patrono acepte o rechace esta condición. Este procedimiento excluye los casos en cobro judicial o arreglo de pago.

14.2 Costos que se cargan a los casos no asegurados:

- a) Prestaciones médicas y económicas 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 pasiva del Banco Central de Costa Rica.

14.3 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.

14.4 Plazo para pago durante el cobro administrativo de casos no asegurados.

Notificado el patrono del cobro del caso no asegurado, cuenta con un plazo de diez días hábiles para depositar las sumas adeudadas. Vencido este término, el depósito del capital podrá exigirse por la vía ejecutiva.

14.5 Trámite de casos no asegurados de intermediarios sin póliza:

En consonancia con los artículos 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 8.1 "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.

14.6 Cálculo subsidio para casos no asegurados: El pago de subsidio por incapacidad temporal o permanente, para trabajadores no asegurados se realizará con base en el salario mínimo legal de la ocupación correspondiente, salvo que el trabajador logre demostrar documentalmente ya satisfacción del INS el salario real devengado.

15. **Beneficios del seguro para el Patrono.**

A solicitud del interesado, el Instituto otorgará condiciones beneficiosas particulares a los titulares de pólizas permanentes que cumplan con condiciones administrativas adecuadas en cuanto al manejo del seguro y aspectos de interés mutuo para la operación de éste.

Dichas condiciones son las siguientes:

1. Presentación de todas las planillas del periodo por medios electrónicos.
2. Reporte de todos los accidentes por medio de Internet (AVINET)
3. Presentación de todas las inclusiones de trabajadores de nuevo ingreso por medios electrónicos.
4. No mostrar periodos de no cobertura durante los últimos dos años póliza.
5. No registrar casos no asegurados durante los últimos dos periodos póliza.
6. No tener deudas por ningún concepto con el régimen de Riesgos del Trabajo.
7. Existencia de un plan de salud ocupacional en cada centro de trabajo.

Los siguientes son los beneficios a otorgar:

15.1 Beneficio de 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.

15.2 Bonificación a través de la homologación por gestión preventiva en salud ocupacional:

Se otorgará un reconocimiento económico máximo de hasta el 10% de la prima del período inmediato anterior a la renovación una vez liquidado, para aquellas empresas que además de las condiciones anteriores, presenten al Instituto declaración jurada sobre los aspectos normados y publicados en el sitio WEB del INS para acceder a este beneficio.

Sin embargo, este no se concederá cuando la tarifa vigente del período póliza en estudio, se encuentre descontada en una proporción igual o superior al 10% de la tarifa inicial, salvo solicitudes de clientes donde se valorarán las siguientes condiciones:

1. Ser cliente corporativo conforme lo establecido en el *“Reglamento de Cuentas Estratégicas”* y *“Disposiciones Complementarias al Reglamento para la Administración de Cuentas Estratégicas”* vigente.
2. Que la razón de siniestros a primas sea igualo menor a 0,50 en la póliza de Riesgos del Trabajo objeto del estudio.

El reconocimiento máximo a reconocer para estos casos será de hasta un 5%.

En todo caso este beneficio se concederá en el tanto no afecte la solidez financiera del régimen.

15.3 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.

15.4 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.

16. **Pérdida de Beneficios otorgados al Patrono.**

Los beneficios que ofrece el Régimen a las empresas aseguradas, se pierden en los siguientes casos:

- a) 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.
- b) 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 se hayan tramitado casos no asegurados en el período objeto de estudio para efectos de homologación.
- c) 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.
- d) 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.

- e) Cuando incumpla en la declaración de proyectos y subcontratos en el plazo indicado en el Aparte 5.2 “Monto Asegurado en pólizas temporales en la actividad de construcción y afines” de esta Norma.

Disposiciones Finales.

17. Declaraciones falsas en documentos:

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 del Código de Trabajo.

18. 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).

19. 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.

20. 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

21. 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.

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 sub actividad 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.

Construcción: Es aquel proceso que supone el armado de cualquier estructura, de diversos elementos o materiales, de acuerdo con un orden y hasta su conclusión.

Ejemplos:

- Casas, edificios, estadios, almacenes, piscinas, bodegas o edificaciones similares de cualquier naturaleza.
- Caminos, carreteras, aceras, pasos peatonales, túneles y puentes o similares.
- Aeropuertos, vías ferroviarias, astilleros y muelles.

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 Nº 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.

Obras afines: Son aquellas obras destinadas a ampliar, reparar, remodelar o concluir todos los tipos de obras estructuras de cualquier naturaleza.

La construcción y las obras afines, en cualquier tipo de estructura, podrían incluir todas o alguna de las siguientes actividades, entre otras:

- Demolición de estructuras existentes, limpieza, remoción y traslado de los escombros.
- Ampliación o remodelación de estructuras existentes.
- Preparación de terreno, desmontes, terraplenes, rellenos y excavación subterránea donde se dispondrá la obra o estructura y el traslado o transporte de los materiales.
- Fundaciones, bases, platea, encadenados relleno de las excavaciones, alojamiento de los cimientos de la albañilería, vigas de fundación, bases de columnas, etc.
- Estructura de Hº Aº/ columnas y vigas encadenado, columnas y vigas con hormigón armado y/o cualquier tipo de material.
- Mampostería exterior cerramiento o portante: Toda la obra de muros, tapias, cercamiento o aceras exteriores de una estructura.
- Mampostería interior: Toda la obra de muro o tapia interior de una estructura.
- Aislaciones hidrófugas verticales y horizontales destinadas a proteger a la húmeda.
- Cubiertas, techos, contra piso, aislación térmica, aislación hidráulica, y la cubierta preparada como superficie de terminación.
- Revoque grueso y Revoque fino: Estructuras eminentemente superficiales, destinadas a formar sobre el paramento de muros y tabiques, una superficie de protección, ornato, reflexión de luz o simple emparejamiento.
- Calzadas, caminos o carreteras, pistas para aeronaves, en todas sus etapas, incluyendo aceras, puentes, túneles, desagües fluviales, capa en asfalto o cemento, demarcación y señalización.
- Líneas ferroviarias en todas sus etapas de construcción o mantenimiento.
- Astilleros; Construcción de embarcaciones, de cualquier naturaleza.
- Cielorrasos: Pueden ser revocados, armados, suspendidos o enchapados.
- Contra pisos y carpetas, parte de la obra gruesa y colocada previo al piso, con el objeto de soportar al piso.
- Pisos y soportes El piso hasta terminación, apta para la circulación, pueden ser de madera, piedras naturales, monolíticos (realizados en obra), premoldeados, cerámicos, etc.
- Revestimientos, empastes, enchapes o similares.
- Carpinterías y metales exteriores, incluye a todos aquellos elementos destinados a cerrar, (puertas, portones, enrejados, mallas y ventanas); cualquiera sea el material con que estén hechos.
- Colocación de vidrios y cristales.
- Carpinterías interiores y puerta de entrada: comprende todos los elementos destinados a separar ambientes en el interior de las edificaciones o estructuras.
- Instalación sanitaria, cloacas, cámaras y pozos absorbentes, servicio de agua fría o caliente, conexión a la red externa, las cañerías, desagües cloacales y ventilaciones.
- Desagües pluviales en general.
- Instalación eléctrica, cañerías embutidas para alimentación de electricidad, tomas y bocas de luces.
- Instalación de gas, ejecución de cañerías y conductos de alimentación de gas, con sus correspondientes ventilaciones.
- Mesadas y marmolería: Colocación de mesadas en cocina, baños y lavaderos.
- Muebles de cocina: Comprende los muebles bajo mesada, alacenas de colgar, roperos.
- Artefactos sanitarios Sistema primarios o secundarios. inodoros, vides, bañeras, receptáculos para ducha, lavatorios, piletas de cocina, piletas de lavar, grifería (agua caliente y fría).
- Pintura: Los trabajos de pintura en terminación.
- Colocación y fajamiento de estructuras prefabricadas.

Enzacatados y acabados de zonas verdes.

Patrón: Se considera patrón a toda persona física o jurídica, particular o de Derecho Público, que emplea los servicios de otra u otras, en virtud de un contrato de trabajo, expreso o implícito, verbal o escrito, individual o colectivo.

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.

Salario: es la retribución que paga el patrón al trabajador por su trabajo. El salario se fija contractualmente y se establece por unidad de tiempo, por unidad de obra, por comisión, a precio alzado o de cualquier otra forma convenida. El salario se integra con los pagos hechos en efectivo, por cuota diaria, primas, comisiones, horas extraordinarias y cualquier otra cantidad o prestación que se entregue al trabajador por su trabajo.

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.

San José, 3 de enero del 2012.—Departamento de Comunicaciones.—Lic. Ileana Castro Fatjó, Jefa.—1 vez.—O. C. N° 18484.—Solicitud N° 333.—C-1921360.—(IN2012000294)

http://www.gaceta.go.cr/pub/2012/01/24/COMP_24_01_2012.html#_Toc315088323