

GRUPO



**INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS
DIRECCIÓN DE SEGUROS SOLIDARIOS**

**NORMA TÉCNICA DEL
SEGURO DE RIESGOS DEL TRABAJO**

2016

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES	6
ARTÍCULO 1. OBJETIVO	6
ARTÍCULO 2. ÁMBITO DE APLICACIÓN	6
ARTÍCULO 3. OBLIGATORIEDAD DEL SEGURO	6
ARTÍCULO 4. TÉRMINOS Y DEFINICIONES	6
ARTÍCULO 5. DECLARACIONES	11
ARTÍCULO 6. NOTIFICACIONES.....	11
ARTÍCULO 7. CUSTODIA DE INFORMACIÓN	12
ARTÍCULO 8. RESOLUCIONES MOTIVADAS	12
ARTÍCULO 9. SUBROGACIÓN	12
ARTÍCULO 10. SEGUROS DEL SECTOR PÚBLICO	12
CAPÍTULO I DISPOSICIONES DE ASEGURAMIENTO.....	13
ARTÍCULO 11. CLASIFICACIÓN DE LAS PÓLIZAS	13
ARTÍCULO 12. VIGENCIA DEL SEGURO	15
ARTÍCULO 13. COBERTURA DE EXTRATERRITORIALIDAD	15
ARTÍCULO 14. COBERTURA DE ACTIVIDADES RECREATIVAS, DEPORTIVAS Y DE RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIAL	15
CAPÍTULO II SUSCRIPCIÓN DEL SEGURO	16
ARTÍCULO 15. REQUISITOS PARA LA EMISIÓN O REHABILITACIÓN	16
ARTÍCULO 16. PÓLIZAS DEL TOMADOR DEL SEGURO	17
CAPÍTULO III CÁLCULO MONTO ASEGURADO	18
ARTÍCULO 17. MONTO ASEGURADO EN PÓLIZAS DE PERÍODO CORTO	18
ARTÍCULO 18. MONTO ASEGURADO EN PÓLIZAS PERMANENTES.....	18
CAPÍTULO IV TARIFACIÓN DEL SEGURO	21
ARTÍCULO 19. TARIFA DE EMISIÓN	21
ARTÍCULO 20. TARIFA DE REHABILITACIÓN	21
ARTÍCULO 21. TARIFA DE RENOVACIÓN	22
ARTÍCULO 22. ESTUDIO DE EXPERIENCIA.....	22
CAPÍTULO V PRIMAS DEL SEGURO.....	25
ARTÍCULO 23. PRIMA DEL SEGURO	25
ARTÍCULO 24. FRACCIONAMIENTO DE LA PRIMA	25
ARTÍCULO 25. PLAZO PARA EL PAGO DE LA PRIMA	25
ARTÍCULO 26. RECARGOS A LA PRIMA.....	26
ARTÍCULO 27. DOMICILIO PARA EL PAGO DE LAS PRIMAS	26

CAPÍTULO VI	PROYECTOS DE CONSTRUCCIÓN	27
ARTÍCULO 28.	DECLARACIÓN DE LAS OBRAS DE CONSTRUCCIÓN	27
ARTÍCULO 29.	DOCUMENTOS DE RESPALDO DEL FORMULARIO	27
ARTÍCULO 30.	DETERMINACIÓN DEL MONTO DE MANO DE OBRA.....	28
ARTÍCULO 31.	DECLARACIÓN DE SUBCONTRATOS	29
ARTÍCULO 32.	ANULACIÓN DE UN PROYECTO DE CONSTRUCCIÓN	29
ARTÍCULO 33.	ANULACIÓN DE UN SUBCONTRATO	30
ARTÍCULO 34.	TRASPASO DE UN PROYECTO DE CONSTRUCCIÓN A OTRO TOMADOR DEL SEGURO.....	30
ARTÍCULO 35.	MODIFICACIÓN DE UN PROYECTO DE CONSTRUCCIÓN	31
ARTÍCULO 36.	RESPONSABILIDAD SOLIDARIA DEL TOMADOR DEL SEGURO	31
CAPÍTULO VII	LIQUIDACIÓN DEL SEGURO	32
ARTÍCULO 37.	PROCESO DE LIQUIDACIÓN	32
ARTÍCULO 38.	MONTO CONSUMIDO DEL PERÍODO	32
ARTÍCULO 39.	PRIMA NETA DEL PERÍODO	32
ARTÍCULO 40.	APLICACIÓN AUTOMÁTICA DEL SOBRANTE	33
ARTÍCULO 41.	DEVOLUCIÓN DEL SOBRANTE DE LIQUIDACIÓN.....	33
ARTÍCULO 42.	LIQUIDACIONES DECLARADAS PRIMA TOTALMENTE DEVENGADA (PTD)	33
CAPÍTULO VIII	REPORTE DE TRABAJADORES	35
ARTÍCULO 43.	SISTEMA RT-VIRTUAL	35
ARTÍCULO 44.	ASEGURAMIENTO DE NUEVOS TRABAJADORES.....	35
ARTÍCULO 45.	CALENDARIO ANUAL DE PLANILLAS.....	35
ARTÍCULO 46.	DECLARACIÓN PERIÓDICA DE PLANILLAS.....	36
ARTÍCULO 47.	PROCEDIMIENTO EN CASO DE NO RECIBIRSE LA PLANILLA.....	37
ARTÍCULO 48.	PLAZO PARA LA EXCLUSIÓN DE NUEVOS TRABAJADORES	37
ARTÍCULO 49.	PLAZO PARA ANULAR LA DECLARACIÓN DE PLANILLA E INCLUSIÓN DE ASEGURADOS	37
CAPÍTULO IX	DISPOSICIONES SOBRE RECLAMOS	38
ARTÍCULO 50.	DENUNCIA Y PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO	38
ARTÍCULO 51.	PLAZO PARA DENUNCIAR EL SINIESTRO	38
ARTÍCULO 52.	DETERMINACIÓN DE CASOS NO ASEGURADOS	38
ARTÍCULO 53.	DISPOSICIONES SOBRE CASOS NO ASEGURADOS.....	39
ARTÍCULO 54.	DETERMINACIÓN DE CASOS NO AMPARADOS	39
ARTÍCULO 55.	DISPOSICIONES SOBRE CASOS NO AMPARADOS.....	40
ARTÍCULO 56.	ACEPTACIÓN DE CASOS POR EXCEPCIÓN	40
CAPÍTULO X	SUMINISTRO DE PRESTACIONES	42
ARTÍCULO 57.	PRESTACIONES QUE OTORGA EL SEGURO.....	42
ARTÍCULO 58.	PRESTACIONES MÉDICAS.....	42
ARTÍCULO 59.	PRESTACIONES EN DINERO	42
ARTÍCULO 60.	INCAPACIDAD TEMPORAL	43
ARTÍCULO 61.	INCAPACIDAD PERMANENTE.....	43
ARTÍCULO 62.	MUERTE DEL TRABAJADOR.....	44
ARTÍCULO 63.	RENTA ADICIONAL EN DICIEMBRE	45
ARTÍCULO 64.	GASTOS DE FUNERAL	45
ARTÍCULO 65.	RECONOCIMIENTO DE GASTOS POR TRASLADO, HOSPEDAJE Y ALIMENTACIÓN	45
ARTÍCULO 66.	RECONOCIMIENTO DE FACTURAS.....	46

ARTÍCULO 67.	RECONOCIMIENTO SUBSIDIO EN PÓLIZAS RT-INDEPENDIENTE Y RT-PATRONO ASEGURADO	47
ARTÍCULO 68.	RECONOCIMIENTO SUBSIDIO AL TRABAJADOR CON VARIOS PATRONOS	47
ARTÍCULO 69.	RECONOCIMIENTO SUBSIDIO PARA APRENDICES Y OTROS SEMEJANTES	48
ARTÍCULO 70.	RECONOCIMIENTO SUBSIDIO EN REAPERTURAS.....	48
ARTÍCULO 71.	AJUSTE DE SUBSIDIO	49
ARTÍCULO 72.	RECONOCIMIENTO A BENEFICIARIOS	49
CAPÍTULO XI	MODIFICACIONES AL CONTRATO	52
ARTÍCULO 73.	FUSIÓN DE DOS O MÁS PÓLIZAS.....	52
ARTÍCULO 74.	MODIFICACIÓN DEL MONTO ASEGURADO	52
ARTÍCULO 75.	CAMBIO EN LA FORMA DE PAGO.....	52
ARTÍCULO 76.	MODIFICACIÓN DE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.....	52
ARTÍCULO 77.	MODIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA	53
ARTÍCULO 78.	EXTENSIÓN DE VIGENCIA EN PÓLIZAS DE PERÍODO CORTO	53
ARTÍCULO 79.	SUSPENSIÓN TEMPORAL DEL SEGURO	54
ARTÍCULO 80.	REACTIVACIÓN DEL SEGURO	54
ARTÍCULO 81.	OTRAS MODIFICACIONES AL CONTRATO	54
CAPÍTULO XII	TERMINACIÓN DEL SEGURO.....	55
ARTÍCULO 82.	CAUSAS PARA LA TERMINACIÓN DEL SEGURO	55
ARTÍCULO 83.	DERECHO A INFORMAR A TERCEROS.....	56
CAPÍTULO XIII	PROGRAMAS DE INCENTIVOS	57
ARTÍCULO 84.	PARTICIPACIÓN EN PROGRAMAS DE INCENTIVOS.....	57
ARTÍCULO 85.	CONDICIONES PARA LA PARTICIPACIÓN EN PROGRAMAS DE INCENTIVOS.....	58
ARTÍCULO 86.	TERMINACIÓN DE PARTICIPACIÓN EN PROGRAMAS DE INCENTIVOS	58
CAPÍTULO XIV	SALUD OCUPACIONAL.....	59
ARTÍCULO 87.	APLICACIÓN DEL ARTÍCULO 215 DEL CÓDIGO DE TRABAJO	59
ARTÍCULO 88.	CÁLCULO DE RECARGO DE LA PRIMA (Rp).....	60
CAPÍTULO XV	ANEXOS	62

INTRODUCCIÓN

La protección de los trabajadores tiene su principio jurídico en la Constitución Política de Costa Rica, donde se establece el trabajo como un derecho de todos los individuos y una obligación con la sociedad.

El Código de Trabajo de Costa Rica, por su parte, establece que todo patrono tiene la obligación de adoptar en los lugares de trabajo, las medidas necesarias para la higiene y la seguridad ocupacional de los trabajadores, además de asegurarlos con un Seguro de Riesgos de Trabajo que se registrará por las disposiciones establecidas en dicho Código, su reglamento y la normativa técnica que emita el Instituto para garantizar el otorgamiento de las prestaciones en dinero, médico-sanitarias y de rehabilitación, así como la solidez financiera del régimen.

El Instituto Nacional de Seguros, en apego a lo antes citado, emite la presente "Norma Técnica del Seguro de Riesgos de Trabajo", la cual contiene la normativa sobre la cual se registrará este seguro.

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1. Objetivo

Esta Norma Técnica tiene por objetivo dar a conocer a todos los patronos y trabajadores del país, las disposiciones sobre las cuales se rige el Seguro de Riesgos del Trabajo del Instituto, en adición a la normativa establecida en el Código de Trabajo y su reglamento, así como de forma supletoria la Ley Reguladora del Mercado de Seguros N°8653 y la Ley Reguladora del Contrato de Seguro N°8956.

Artículo 2. Ámbito de aplicación

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

Artículo 3. Obligatoriedad del seguro

Todo patrono tiene la obligación de suscribir y mantener vigente el Seguro de Riesgos del Trabajo, para brindar protección a sus trabajadores ante accidentes y enfermedades de trabajo, conforme a las regulaciones establecidas en el Código de Trabajo, su reglamento y la presente Norma Técnica.

Artículo 4. Términos y Definiciones

- 1. Accidente de trabajo:** Es el accidente que le ocurra al trabajador, con ocasión o por consecuencia del trabajo que desempeña, durante el tiempo que permanece bajo la dirección y dependencia del patrono o sus representantes en forma subordinada y remunerada, así como la agravación o reagravación que resulte como consecuencia directa, inmediata e indudable de ese accidente y/o enfermedad que pueden producirle la muerte, pérdida o reducción temporal o permanente de la capacidad para el trabajo. También calificará como accidente de trabajo el que ocurra al trabajador en las circunstancias que se detallan en el artículo 196 del Código de Trabajo.
- 2. Actividad económica:** Se refiere a la actividad que se dedica el Tomador del seguro, catalogada conforme a la Clasificación Industrial Internacional Uniforme, publicada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), vigente al momento de la suscripción, rehabilitación o estudio de experiencia de la póliza.
- 3. Asegurado:** Es el trabajador que aparece incluido en la última declaración de planilla o inclusión de asegurados registrada en la póliza, de conformidad con lo dispuesto en el capítulo IX de esta Norma Técnica.

4. **Aumento de seguro:** Proceso mediante el cual se incrementa el monto asegurado proyectado, por cuanto este es insuficiente para cubrir el período de vigencia de la póliza.
5. **Aviso de accidente:** Es el formulario mediante el cual el Tomador del seguro informa al Instituto sobre la ocurrencia de un riesgo del trabajo. Este formulario se debe completar y procesar por medio del sistema RT-Virtual, o mediante el formulario físico dispuesto por el Instituto para este fin.
6. **Beneficiario:** Es la persona física que cuando un riesgo del trabajo produzca la muerte del trabajador, tendrá derecho a una renta anual pagadera en dozavos, según lo dispuesto en el artículo 243 del Código de Trabajo.
7. **Caso no amparado:** Es aquel accidente o enfermedad reportada por el Tomador del seguro como riesgo de trabajo, pero que durante el trámite del reclamo o la atención médica, el Instituto determina que no corresponde a un riesgo de trabajo y la atención debe ser asumida por otro Régimen de Seguridad Social.
8. **Caso no asegurado:** Es aquel riesgo de trabajo reportado al Instituto, pero que durante el trámite del reclamo se halló un incumplimiento del Tomador del seguro con relación a la obligación de asegurar a sus trabajadores de previo a la ocurrencia del evento, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 52. Determinación de casos no asegurados.
9. **Contratista:** Es toda persona física o jurídica que contrata los servicios de otra u otras, para que ejecuten un trabajo en beneficio de un tercero.
10. **Contrato de Seguro:** Lo constituye las Condiciones Generales, la Solicitud del Seguro, las Condiciones Particulares, Especiales, la Norma Técnica del Seguro de Riesgos del Trabajo, los adenda que se agreguen al contrato y cualquier declaración del Tomador del seguro relativa al riesgo.
11. **Contrato de trabajo:** Es aquel en que se obliga a una persona prestar a otra sus servicios o ejecutarle una obra, bajo la dependencia directa o delegada de ésta, a cambio de una retribución de cualquier clase o forma. El contrato de trabajo puede ser verbal o escrito y se presume su existencia entre quienes prestan sus servicios y quienes los reciben.
12. **Declaración de planilla:** Es el formulario mediante el cual el Tomador del seguro actualiza al vencimiento de cada período de planilla, la información de los trabajadores asegurados. Este formulario se debe completar por medio del sistema RT-Virtual u otro medio que expresamente defina el Instituto.
13. **Declaración de subcontrato de construcción:** Es el formulario que presenta el Tomador del seguro, para comunicar al Instituto sobre la información requerida de los subcontratos en un proyecto de construcción.
14. **Emergencia calificada:** Se refiere a la condición médica en donde peligra la vida o

funcionalidad de alguna estructura u órgano del cuerpo humano, por lo que requiere una atención médica inmediata.

- 15. Enfermedad de trabajo:** Es todo estado patológico que resulte de la acción continuada de una causa, que tiene su origen o motivo en el propio trabajo o en el medio y condiciones en que el trabajador labora, y debe establecerse que éstos han sido la causa de la enfermedad.
- 16. Estudio de experiencia:** Ponderación que realiza el Instituto al finalizar el período de la póliza, entre las primas netas y los siniestros totales, para obtener un parámetro que se utilizará para bonificar o recargar la tarifa en la siguiente renovación o rehabilitación del seguro.
- 17. Exclusión de nuevos asegurados:** Es el formulario mediante el cual el Tomador del seguro solicita al Instituto la exclusión inmediata en la póliza de un trabajador que fue reportado mediante el formulario de Inclusión de Asegurados. Este formulario se debe completar por medio del sistema RT- Virtual u otro medio que expresamente defina el Instituto para este fin.
- 18. Extensión del seguro:** Procedimiento efectuado por el Instituto, cuando el Tomador del seguro ha suscrito una póliza de período corto de la cual requiere extender la vigencia original del contrato.
- 19. Extraprima:** Se refiere a la prima adicional que debe pagar el Tomador del seguro, cuando los trabajos a realizar sean diferentes a los que definen las operaciones normales de la actividad económica asegurada en la póliza, sea que estos se realicen con personal de la empresa o contratados para ese fin específico, y con una duración máxima de treinta (30) días naturales.
- 20. Incapacidad:** Pérdida o disminución de facultades o aptitudes, que imposibilitan al trabajador a desempeñar su trabajo, en forma temporal o permanente.
- 21. Inclusión de asegurados:** Es el formulario mediante el cual el Tomador del seguro informa al Instituto la contratación de un nuevo trabajador y solicita su inclusión inmediata en la póliza. Este formulario se debe completar por medio del sistema RT-Virtual u otro medio que expresamente defina el Instituto para este fin.
- 22. Instituto:** Instituto Nacional de Seguros.
- 23. Intermediario:** Es toda persona física o jurídica que contrata los servicios de otra u otras para que ejecuten un trabajo en beneficio de un tercero, pero no emplea su propio capital para realizar sus funciones y el trabajo encargado.
- 24. Lesionado:** Es toda persona física que sufre un accidente o una enfermedad durante el ejercicio de su trabajo, en los términos contemplados en los artículos 195, 196 y 197 del Código de Trabajo.
- 25. Liquidación de póliza:** Es un estado de cuenta que se emite al finalizar cada período de vigencia de la póliza, en el que se muestra los sobrantes o faltantes de prima en dicho período.

- 26. Mantenimiento doméstico:** Se refiere a las labores que se realizan para corregir o reparar averías o defectos en casas de habitación, excluyendo los trabajos de servicio doméstico, ampliaciones o cambios estructurales en dicho lugar.
- 27. Manual tarifario:** Es el documento que contiene las tarifas por actividad económica, autorizadas por la Superintendencia General de Seguros (SUGESE), para el Seguro de Riesgos del Trabajo del Instituto.
- 28. Monto asegurado:** Es la estimación de la totalidad de salarios a pagar por el Tomador del seguro a sus trabajadores, durante el período de vigencia asegurado en la póliza.
- 29. Monto consumido:** Es la sumatoria del monto de las planillas y/o de mano de obra cuando se trata de actividades u obras de construcción ejecutadas, durante un determinado período. Este monto se obtiene de la liquidación de dicho período.
- 30. Monto de mano de obra:** Es el monto estimado por el Tomador del seguro para un proyecto u obra de construcción, mediante el formulario “Solicitud de inclusión de proyecto de construcción”.
- 31. Patrono:** Es toda persona física o jurídica, que emplea los servicios de otra o más personas, en virtud de un contrato de trabajo, expreso o implícito, verbal o escrito, individual o colectivo, utilizando su propio capital.
- 32. Planilla sustituida:** Es la planilla que se registra de forma automática ante la omisión del reporte “Declaración de planilla”, tomando como referencia los datos de la última planilla registrada en la póliza antes de la omisión.
- 33. Póliza:** Se refiere al Contrato de seguro.
- 34. Prima:** Es el monto provisional que estima el Instituto al inicio de cada período de vigencia de la póliza, como contraprestación por la cobertura de Riesgos de Trabajo que el Instituto asume, tomando como base las declaraciones de planilla, proyectos, subcontratos y otros.
- 35. Prima neta:** Se refiere a la prima que se obtiene de la liquidación de póliza para un determinado período de vigencia.
- 36. Prima totalmente devengada (PTD):** Se determina PTD aquellas liquidaciones cuyo resultado (valor absoluto) es menor o igual al costo mínimo de emisión y administración de la póliza fijado por el Instituto en esta Norma Técnica; o bien, cuando se trata de pólizas que no son liquidables según lo dispuesto en el Artículo 42. Liquidaciones declaradas prima totalmente devengada (PTD).
- 37. Reapertura:** Se refiere al trámite que se realiza cuando un caso se encuentra cerrado por estar en condición de alta por el médico tratante, y es reabierto a solicitud del asegurado.

- 38. Rehabilitación de la póliza:** Es el proceso mediante el cual se reactiva una póliza que se encontraba sin vigencia por falta de pago o por solicitud del patrono.
- 39. RT:** Riesgos del Trabajo.
- 40. RT-Virtual:** Es el sistema informático del Seguro de Riesgos del Trabajo, disponible en la página web del Instituto, por medio del cual el Tomador del seguro o las personas autorizadas por éste, pueden realizar consultas y trámites relacionados con su póliza.
- 41. Salario:** Se refiere a la remuneración que el patrono debe pagar al trabajador, en virtud del contrato de trabajo.
- 42. Seguro Obligatorio de Riesgos del Trabajo:** Es un instrumento de la seguridad social costarricense, que tiene por objeto garantizar el otorgamiento de las prestaciones en dinero, médico-sanitarias y de rehabilitación, a los trabajadores que sufren un riesgo de trabajo.
- 43. Servicio doméstico:** Son aquellas labores que se realizan en forma habitual y continua, tales como aseo, cocina, asistencia y demás, propias de un hogar, residencia o habitación particular, que no importen lucro o negocio para el Tomador del seguro.
- 44. Siniestralidad:** Se refiere a la sumatoria de los costos que se hayan generado durante un período, por concepto de incapacidad temporal, incapacidad permanente, servicios médicos contratados, medicamentos, exámenes y servicios de salud otorgados directamente por el Instituto, en la atención y recuperación de los lesionados.
- 45. Solicitud de inclusión de proyecto de construcción:** Es el formulario que presenta el Tomador del seguro, a efecto de declarar ante el Instituto toda la información relevante en cuanto al proyecto u obra a desarrollar.
- 46. Subcontratista:** Es la persona física o jurídica que asume contractualmente ante el contratista u otro subcontratista, la ejecución de determinadas partes de una obra o actividad de cualquier tipo.
- 47. Subrogación:** Proceso legal mediante el cual el Instituto recupera del tercero responsable del accidente, los gastos incurridos con motivo de la atención de ese accidente laboral, en los términos definidos en el artículo 306 del Código de Trabajo.
- 48. Subsidio salarial:** Es una suma en dinero que se otorga durante el período de incapacidad temporal al trabajador que ha sufrido un riesgo de trabajo.
- 49. Tarifa:** Se refiere a la tasa porcentual que se aplica sobre el monto asegurado o monto de mano de obra, para determinar la prima del seguro.
- 50. Tomador del seguro:** Es la persona física o jurídica que contrata el seguro, en su condición de patrono o trabajador independiente.

51. Trabajador: Es toda persona física que presta a otra u otras sus servicios materiales, intelectuales o ambos, en virtud de un contrato de trabajo. El trabajador puede laborar en forma asalariada o independiente.

52. Trabajo independiente o por cuenta propia: Se refiere a todas aquellas actividades económicas para la producción de un bien o servicio, que ejecuta una persona directamente sin que medie relación obrero-patronal.

Artículo 5. Declaraciones

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

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

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

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

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

Artículo 6. Notificaciones

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

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

Artículo 7. Custodia de Información

El Tomador del seguro es responsable de la custodia de la documentación del seguro, los códigos y claves de acceso al sistema RT-Virtual, INS-En línea y, a cualquier otro al que se le otorgue acceso.

Artículo 8. Resoluciones motivadas

Dentro de las potestades otorgadas al Instituto en la legislación vigente y aplicable para este seguro, el Instituto dispondrá de discrecionalidad para resolver casos especiales, en atención a razones de oportunidad y conveniencia, con el fin de mantener la competitividad de sus servicios y la fidelidad de sus clientes.

Artículo 9. Subrogación

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

Artículo 10. Seguros del Sector Público

Los contratos de seguros de Riesgos del Trabajo del Estado, municipalidades e instituciones públicas, se registrarán conforme a lo dispuesto en el artículo 331 del Código de Trabajo.

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES DE ASEGURAMIENTO

Artículo 11. Clasificación de las pólizas

Las pólizas del Seguro de Riesgos del Trabajo se clasifican según su período de vigencia y características en los siguientes grupos:

1. Pólizas de período corto

Son pólizas de carácter temporal, que tienen su inicio y fin en una fecha conocida, y cuya duración es menor a un año calendario. Se deben pagar por adelantado y en un solo tracto, previo a la fecha de inicio de vigencia de la póliza:

- a. **RT-Construcción:** Son pólizas adquiridas por personas físicas o jurídicas para asegurar labores de construcción, pero en su condición de patronos no se dedican en forma permanente a la actividad de construcción.
- b. **RT-General:** Son pólizas adquiridas por personas físicas o jurídicas en su condición de patronos, para asegurar a sus trabajadores.
- c. **RT-Recolección de Cosechas:** Son pólizas adquiridas por personas físicas o jurídicas en su condición de patronos, para asegurar a los trabajadores que efectúan la recolección de cosechas, cuyas labores se realizan por períodos o épocas específicas del año.

2. Pólizas permanentes

Son pólizas suscritas para cubrir actividades cuya duración es igual o superior a un año calendario:

- a. **RT-Adolescente:** Son pólizas adquiridas por personas físicas entre 15 años y menores de 18 años, en estricto apego a lo dispuesto en los artículos 86, 92 y 100 de la Ley 7739 “Ley de protección a la Niñez y la Adolescencia” y en el Decreto No. 28192-MTSS “Reglamento al seguro por riesgos del trabajo para trabajo Independiente y por cuenta propia realizado por personas adolescentes”

En este tipo de póliza el aseguramiento es voluntario y el único asegurado es el Tomador del seguro. Además, el Instituto brindará un subsidio del 25% de la prima, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 4 del citado Reglamento.

- b. **RT-Agrícola:** Son pólizas adquiridas por personas físicas o jurídicas en su condición de micro y pequeños productores de fincas agrícolas, para proteger a un máximo de diez (10)

trabajadores que realizan actividades tanto de mantenimiento como de recolección de cosechas en esas fincas.

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

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

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

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

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

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

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

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

Artículo 12. Vigencia del seguro

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

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

Artículo 13. Cobertura de extraterritorialidad

El Instituto extenderá la cobertura fuera del país, cuando se trate de empresas o actividades que por su índole, deben realizarse ocasional o permanentemente fuera del ámbito geográfico de la República de Costa Rica. Esta protección se otorga sin costo adicional y no será necesario presentar ningún reporte previo al viaje.

Esta cobertura opera bajo la modalidad de reintegro de facturas definida en el Artículo 66. Reconocimiento de facturas, por lo que en caso de presentarse un riesgo de trabajo en estas circunstancias, el asegurado deberá asistir al centro médico de emergencia más cercano.

Artículo 14. Cobertura de actividades recreativas, deportivas y de responsabilidad social empresarial

El Instituto extenderá sin costo adicional la cobertura de la póliza del Tomador del seguro, para las actividades recreativas, deportivas y de responsabilidad social empresarial, siempre que sean organizadas, financiadas y dirigidas por éste y se establezca el horario, el lugar, la vestimenta y las acciones a ejecutar, independientemente que las actividades sean o no dentro del horario ordinario y lugar de trabajo.

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

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

CAPÍTULO II SUSCRIPCIÓN DEL SEGURO

Artículo 15. Requisitos para la emisión o rehabilitación

Para tramitar el Seguro de Riesgos del Trabajo, el Tomador del seguro deberá cumplimentar la información requerida en el formulario de solicitud de seguro y presentar el documento de identificación en original, vigente y buen estado.

En caso de que una persona diferente al Tomador del seguro se presente a tramitar la suscripción de la póliza, ésta deberá presentar en original, vigente y buen estado el documento de identificación y el respectivo poder o autorización debidamente autenticado por un notario, en el que el Tomador del seguro lo acredita para realizar el trámite a su nombre.

Adicionalmente, para la emisión o rehabilitación de las pólizas que se detallan, se deberá cumplir con los siguientes requisitos:

1. RT-Independiente o RT-Patrono Asegurado

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

Además, para las pólizas RT-Independiente el Tomador del seguro deberá aportar la Declaración Personal del Impuesto Sobre la Renta presentada al Ministerio de Hacienda, correspondiente al ejercicio fiscal inmediato anterior a la fecha de suscripción del seguro.

2. RT-Recolección de Cosechas

El Tomador del seguro deberá presentar una certificación expedida por el ente encargado de recibir la cosecha, en la que se establezca la producción del último período de recolección.

Por otra parte, deberá indicar la producción estimada para el nuevo período, así como la fecha de inicio y duración estimada de la nueva cosecha.

3. RT-Construcción

El Tomador del seguro deberá declarar la obra o actividad de construcción a realizar, mediante el formulario "Solicitud de inclusión de proyecto de construcción", de no contar con algún proyecto en ese momento, deberá aportar la lista de los trabajadores en la que se detalle: el nombre del trabajador, número de identificación, ocupación y salario.

Se excluyen de la presentación de dicho formulario, las pólizas de construcción de período corto en los términos señalados en el Artículo 28. Declaración de las obras de construcción.

Artículo 16. Pólizas del Tomador del seguro

Solo se permitirá una póliza por Tomador del seguro por actividad económica, de tal forma que se lleve un histórico de cada contrato, considerando los elementos detallados en el punto 1 del Artículo 22. Estudio de experiencia.

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

1. Si el Tomador del seguro posee una póliza vigente, se incluirán los trabajadores como nuevos asegurados en la póliza existente, y se hará el ajuste correspondiente en el monto asegurado y la prima, registrándolo como un aumento de seguro.
2. Si el Tomador del seguro posee una póliza sin vigencia, ésta se rehabilitará de la forma que se indica en los capítulos IV y V de esta Norma Técnica.
3. Si el Tomador del seguro posee más de una póliza suscrita con la misma actividad económica, se procederá de conformidad con lo señalado en el Artículo 73. Fusión de dos o más pólizas.

CAPÍTULO III

CÁLCULO MONTO ASEGURADO

Artículo 17. Monto asegurado en pólizas de período corto

1. Actividades de construcción

El monto asegurado en las pólizas de período corto para actividades de construcción, se calculará con base al valor total de la obra, consignado en alguno de los documentos señalados en el Artículo 29. Documentos de respaldo, y el porcentaje de mano de obra a aplicar se considerará según la Tabla No. 3 del Artículo 30. Determinación del monto de mano de obra.

No obstante, si el porcentaje de mano de obra es diferente a lo estipulado en la Tabla señalada, el monto asegurado se determinará con base al porcentaje declarado en el formulario "Solicitud de inclusión de proyecto de construcción".

2. Actividades de producción

El monto asegurado en las pólizas RT-Recolección de Cosechas, se determinará multiplicando la producción estimada por el Tomador del seguro, por el precio de recolección según la unidad de medida correspondiente. Dicho precio de recolección, no podrá ser inferior al precio mínimo fijado en el Decreto de Salarios Mínimos vigente al momento del cálculo, cuando corresponda.

3. Otras actividades

El monto asegurado en las pólizas de período corto para actividades que no han sido contempladas en los incisos anteriores, corresponderá a la suma total de salarios que se indique en el contrato firmado entre las partes.

En ausencia del contrato, el Tomador del seguro podrá adjuntar una declaración jurada en la cual describa el trabajo a realizar, la duración, la dirección donde se realizará, la cantidad de trabajadores a contratar, sus ocupaciones y el salario mensual a pagar a cada uno de ellos.

Artículo 18. Monto asegurado en pólizas permanentes

1. Actividades agrícolas

El monto asegurado en las pólizas RT-Agrícola, se determinará considerando la cantidad de trabajadores (máximo 10), multiplicado por el salario mensual de un trabajador no calificado fijado en el Decreto de Salarios Mínimos vigente al momento del cálculo, multiplicado por doce (12).

Para el resto de las pólizas de la actividad de agricultura, el monto asegurado se calculará con base en la planilla mensual estimada por el Tomador del seguro en la solicitud del seguro, multiplicado por doce (12); o en caso de renovación, considerando el promedio de las tres (3) últimas planillas registradas en la póliza al momento de realizar el cálculo, multiplicado por doce (12).

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

2. Actividades de construcción

El monto asegurado en las pólizas permanentes para actividades de construcción, se determinará con base a la suma de los montos de mano de obra declarados por el Tomador del seguro, en el o los formularios “Solicitud de inclusión de proyecto de construcción” y “Declaración de subcontrato de construcción”.

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

De no existir proyectos de construcción, el monto asegurado se calculará con base en la planilla mensual estimada por el Tomador del seguro en la solicitud del seguro, multiplicado por doce (12) o en caso de renovación, se considerará el promedio de las tres (3) últimas planillas registradas en la póliza al momento de realizar el cálculo, multiplicado por doce (12).

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

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

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

3. Actividades independientes

El monto asegurado en las pólizas RT-Independiente se determinará con base a los ingresos netos reales, reportados en la Declaración Personal del Impuesto sobre la Renta presentada al

Ministerio de Hacienda, la cual debe corresponder al ejercicio fiscal inmediato anterior a la fecha de emisión del seguro.

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

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

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

4. Otras actividades

El monto asegurado en las pólizas permanentes para actividades que no han sido contempladas en los incisos anteriores, se calculará con base en la planilla mensual estimada por el Tomador del seguro en la solicitud del seguro, multiplicado por doce (12); o en caso de renovación, considerando el promedio de las tres (3) últimas planillas registradas en la póliza al momento de realizar el cálculo, multiplicado por doce (12).

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

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

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

CAPÍTULO IV TARIFACIÓN DEL SEGURO

Artículo 19. Tarifa de emisión

La tarifa de emisión de la póliza estará compuesta por la tarifa vigente para la actividad económica según el manual tarifario, el recargo o descuento por tipo de póliza así como el recargo por fraccionamiento y se obtiene con la siguiente fórmula:

$$TE = TM \times (1 + RF) \times (1 + RD)$$

Dónde:

TE = Tarifa de emisión de la póliza.

TM = Tarifa del manual tarifario vigente para la actividad económica.

RF = Recargo por fraccionamiento de la prima.

RD = Recargo o descuento según las características de la póliza (ver art 11).

Artículo 20. Tarifa de rehabilitación

La tarifa de rehabilitación de la póliza estará compuesta por los rubros señalados anteriormente, así como por la siniestralidad acumulada según el estudio de experiencia de la póliza, y se obtiene con la siguiente fórmula:

$$TRH = TM \times (1 + RF) \times (1 + RD) + PE$$

Dónde:

TRH = Tarifa de rehabilitación de la póliza.

TM = Tarifa del manual tarifario vigente para la actividad económica.

RF = Recargo por fraccionamiento de la prima.

RD = Recargo o descuento según las características de la póliza (ver art 11).

PE = Puntos por experiencia (ver art 21, punto 2).

La tarifa resultante no podrá ser inferior a la tarifa de la actividad asegurada, consignada en el manual tarifario vigente al momento del cálculo.

Sin embargo, en aplicación de lo que dispone el Artículo 8. Resoluciones motivadas, si la póliza registraba una tarifa descontada por buena experiencia, dicha bonificación se podrá mantener en la tarifa de rehabilitación, producto del análisis de los siguientes rubros en los dos (2) últimos períodos de vigencia de la póliza:

1. Comportamiento de pagos oportunos, anteriores a la omisión que generó la rehabilitación.
2. La rehabilitación se realice en el mismo período de vigencia de la póliza.

Artículo 21. Tarifa de renovación

Las pólizas permanentes serán renovables a su vencimiento de forma automática por un año completo, previo al pago de la prima de renovación correspondiente por parte del Tomador del seguro.

La tarifa de renovación de la póliza estará compuesta por: la tarifa aplicada en el último período vigente de la póliza y la siniestralidad acumulada según el estudio de experiencia, y no podrá ser inferior a la tarifa de la actividad asegurada consignada en el manual tarifario vigente al momento del cálculo:

Dicha tarifa se obtiene con la siguiente fórmula:

$$TR = TV + PE$$

Dónde:

TR = Tarifa de renovación para la póliza.

TV = Tarifa vigente del período.

PE = Puntos por experiencia (ver art 21, inciso 2).

Artículo 22. Estudio de experiencia

Al finalizar el período de vigencia de la póliza, el Instituto efectuará un estudio de siniestralidad y calculará los puntos acumulados por experiencia. Estos puntos serán considerados en la tarifa de la siguiente renovación o rehabilitación del seguro.

1. Elementos que componen el estudio:

- a. **Período de Estudio:** Lo compone los tres (3) últimos períodos anuales de vigencia de la póliza, sin considerar el inmediato anterior al período de renovación o rehabilitación.
- b. **Total de Monto Asegurado:** Sumatoria de los montos registrados en las declaraciones de planilla del Período de Estudio.
- c. **Total de Prima Neta:** Sumatoria de las primas netas del Período de Estudio.
- d. **Total de Siniestros:** Sumatoria de los costos por incapacidad temporal, incapacidad permanente, servicios médicos contratados, medicamentos, exámenes y gastos en que incurra el Instituto, en la atención y recuperación de los asegurados, que se hayan generado durante el Período de Estudio.
- e. **Costo de los servicios de salud del Instituto:** Servicios de salud otorgados directamente por el Instituto a los asegurados durante el Período de Estudio, a raíz de los reclamos reportados por el Tomador del seguro y aceptados por el Instituto.

Este costo equivale a un porcentaje del Total de Siniestros, el cual es calculado, revisado y ajustado, con base en los costos de operación de los servicios otorgados directamente por el Instituto.

Están excluidos de este costo, aquellos reclamos donde el trabajador falleció en el momento y lugar del siniestro.

- f. **Tarifa Promedio:** Corresponde al resultado de dividir el Total de Prima Neta entre el Total de Monto Asegurado multiplicado por cien (100).

2. Puntos acumulados por experiencia:

Para determinar la cantidad de puntos acumulados por experiencia en el Período de Estudio, se aplicará el siguiente proceso:

- a. **Coefficiente de variación:** Se calcula utilizando la siguiente fórmula:

$$\left[\frac{\text{Total de Siniestros + Costo de los Servicios de Salud del Instituto}}{\text{Total de Primas} \times 0,7} - 1 \right] \times 100$$

- b. **Porcentaje a aplicar por siniestralidad:** Se determina sobre la Tarifa Promedio, con base en el coeficiente de variación obtenido en el punto anterior, y ubicando el valor correspondiente en la siguiente tabla:

Tabla No. 1

Porcentaje a aplicar por siniestralidad según el coeficiente de variación del período

Coeficiente de variación	Porcentaje a utilizar
de 0 menos de 10	Igual al coeficiente de variación 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%
de 200 o más	30%

Si en el Período de Estudio la póliza posee buena siniestralidad, el coeficiente de variación resultará negativo (-) y para determinar el porcentaje a aplicar se debe tomar el valor absoluto.

- c. **Puntos acumulados por experiencia:** Se obtiene de multiplicar la Tarifa Promedio por el porcentaje determinado en el punto anterior.

CAPÍTULO V PRIMAS DEL SEGURO

Artículo 23. Prima del seguro

La prima del seguro será anual o por el período de vigencia contratado (pólizas período corto), y se obtendrá de multiplicar el monto asegurado por la tarifa establecida por el Instituto de conformidad con la actividad económica y los puntos por experiencia de la póliza.

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

En ningún caso la prima del seguro podrá ser inferior al costo mínimo de emisión y administración de la póliza, el cual está definido en ¢10.000 (diez mil colones).

Artículo 24. Fraccionamiento de la Prima

En las pólizas permanentes la prima del seguro será anual, sin embargo, el Tomador del seguro podrá pagar la prima en fracciones trimestrales o semestrales, en cuyo caso el Instituto aplicará a la tarifa anual el recargo que se establece en la Tabla No.2, de acuerdo a la forma de pago seleccionada por el Tomador del seguro.

Tabla No. 2

Porcentajes de recargo por fraccionamiento de la prima

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

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

Artículo 25. Plazo para el pago de la prima

1. Primas por concepto de emisión, rehabilitación, extra-prima y extensión del seguro

Deberán ser pagadas a más tardar el día de inicio de vigencia del recibo, por lo que no cuentan con período de gracia para el pago respectivo.

En caso de que alguno de estos recibos se pague después del plazo señalado, la fecha de

inicio de vigencia del recibo será modificada por el Instituto, a la fecha en que se efectúe el pago del mismo y se emitirá un adenda para el patrono notificando el cambio realizado.

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

2. Primas por concepto de renovación o abono

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

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

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

3. Prima por concepto de liquidación

El Instituto otorgará un plazo de diez (10) días hábiles para realizar el pago de la prima, contados a partir de la fecha de notificación de la deuda. De no efectuarse el pago en este plazo, el Instituto realizará el cobro por la vía judicial.

4. Primas de los seguros del Sector Público

Para el pago de las primas de las pólizas de este sector, tendrán prioridad las disposiciones y políticas establecidas por el Instituto.

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

Artículo 26. Recargos a la prima

En aplicación de lo que establece el artículo 215 del Código de Trabajo, el Instituto puede recargar el monto de prima hasta en un 50% en los términos y condiciones definidos en el Artículo 88. Cálculo del recargo de la prima (Rp).

Artículo 27. Domicilio para el pago de las primas

Las primas del seguro deben ser depositadas o pagadas en las Oficinas Centrales del Instituto, en sus Sedes, vía electrónica o a través del intermediario de seguros.

CAPÍTULO VI PROYECTOS DE CONSTRUCCIÓN

Artículo 28. Declaración de las obras de construcción

El Tomador del seguro deberá declarar al Instituto toda obra o actividad de construcción a realizar al amparo de la póliza suscrita, previo a la fecha de inicio de los trabajos, mediante el formulario “Solicitud de inclusión de proyecto de construcción” y adjuntar los respectivos documentos de respaldo señalados en el Artículo 29. Documentos de respaldo del formulario.

Si el Tomador del seguro omite esta declaración, el Instituto procederá a incluir la obra o actividad de construcción en su póliza, completando dicho formulario con la información de que disponga y conforme a los porcentajes de mano de obra definidos en la Tabla No. 3 del Artículo 30. Determinación del monto de mano de obra.

Se excluye de la presentación de la declaración indicada, las pólizas de período corto de construcción que presentan las siguientes condiciones:

- El Tomador del seguro es una persona física.
- El Tomador del seguro en su condición de patrono, no se dedica a esta actividad de forma permanente.
- Las labores a realizar son para la construcción, remodelación o reparación de la casa de habitación de su propiedad.
- El porcentaje de mano de obra es igual a los contemplados en la Tabla No. 3 del Artículo 30. Determinación del monto de mano de obra.

Artículo 29. Documentos de respaldo del formulario

Serán admisibles como respaldo de la información contenida en el formulario “Solicitud de inclusión de proyecto de construcción”, sea que haya sido declarado por el Tomador del seguro o incluido por el Instituto, uno o varios de los siguientes documentos según corresponda, en el orden prioritario que se citan:

1. “Solicitud de Póliza para Trámite Municipal” emitida por el Colegio Federado de Ingenieros y Arquitectos (CFIA), o la Municipalidad respectiva, en original o comprobante de la Web.
2. Declaración de interés social emitida por una entidad autorizada por el BANHVI.
3. Copia de la orden de compra o adjudicación, cuando se trate de contratos o licitaciones públicas o privadas.
4. Copia de la “Declaración de subcontrato de construcción” firmada entre las partes, cuando el proyecto se origine por un subcontrato.

5. Copia del contrato firmado entre las partes o declaración jurada del Tomador del seguro.

Artículo 30. Determinación del monto de mano de obra

El monto de mano de obra en las actividades u obras de construcción, corresponderá al que se especifique expresamente como tal, en el formulario “Solicitud de inclusión de proyecto de construcción”.

Si en el formulario no se especifica dicho monto, el valor del mismo se obtendrá del presupuesto de la obra, una vez verificado que la sumatoria de todas las partidas coincide con el monto total del proyecto o contrato.

De igual forma se procederá, cuando el Tomador del seguro haya declarado subcontratos de mano de obra en la “Solicitud de inclusión de proyecto de construcción”.

En aquellas actividades u obras de construcción, que no se indique el monto de mano de obra en el documento de respaldo y además, no posean un presupuesto que permita identificarlo claramente, el monto se estimará aplicando la siguiente fórmula:

$$\text{MOP} = \text{VTP} \times \text{PMO}$$

Dónde:

MOP = Monto de mano de obra calculada

VTP = Valor total del proyecto o subcontrato (según documento de respaldo del mismo)

PMO = Porcentaje indicado en la Tabla No.3 (según tipo de proyecto o actividad subcontratada)

Tabla No. 3

Porcentajes de mano de obra para pólizas de construcción

Tipo de obra o actividad de construcción	Porcentaje de mano de obra
Edificaciones generales: Bodegas, vivienda unifamiliar, edificio, condominios y similares	35%
Obra civil intensiva en maquinaria y materiales: Acueductos, carreteras, puentes, líneas eléctricas subterráneas, movimientos de tierra, excavaciones, obra hidroeléctrica, electromecánica y similares.	20%
Edificaciones de interés social: Financiadas con recursos del Sistema Financiero Nacional para la Vivienda y que cuenten con una declaración de interés social emitida por una entidad autorizada por el BANHVI y cuyo valor no supere el tope de interés social fijado por esa entidad.	15%

Esta fórmula se utilizará también para calcular el monto de mano de obra que se incluirá en la póliza del tomador responsable de la obra, de aquellas etapas y/o actividades del proyecto que indicó que subcontrataría, en tanto la “Declaración de subcontrato de construcción” no se haya presentado de previo al inicio de las obras.

Artículo 31. Declaración de subcontratos

El Tomador del seguro responsable de la obra que subcontrate la totalidad o parte de ésta, deberá reportarlo en la “Solicitud de inclusión de proyecto de construcción”, indicando claramente si dicho subcontrato incluye materiales y equipo. En caso de no especificarse, se entenderá que el subcontrato corresponde en su totalidad a mano de obra.

Adicionalmente, previo a la fecha de inicio de cada actividad subcontratada, el Tomador del seguro responsable de la obra deberá presentar ante el Instituto el formulario “Declaración de subcontrato de construcción”, debidamente cumplimentado y firmado por las dos partes, indicando claramente el número patronal de la persona o empresa subcontratada o en su defecto, la oficina de la Caja Costarricense del Seguro Social en donde está llevando a cabo el trámite de inscripción.

La “Certificación de Proyectos de Construcción” otorgada por el Instituto, será el único documento que pueda respaldar que el Tomador del seguro subcontratado mantiene vigente su póliza de Riesgos del Trabajo, y efectuó el pago de la prima correspondiente para amparar los trabajos subcontratados y la entrega de esta certificación, queda sujeta a que el monto asegurado sea suficiente para amparar las labores subcontratadas.

Si el Tomador del seguro responsable de la obra no presenta esta declaración previo a la fecha de inicio de la actividad a subcontratar, quedará entendido que dicha actividad fue asumida en su totalidad por él y por tanto, el Instituto cargará dicho subcontrato en su póliza aplicando el porcentaje de mano de obra que corresponda según la Tabla No. 3 del Artículo 30. Determinación del monto de mano de obra.

Artículo 32. Anulación de un proyecto de construcción

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

1. Certificación Municipal en la que se hace constar que el trámite de solicitud y/o el permiso de construcción fueron anulados, cuando el Tomador del seguro es el propietario del permiso de construcción según la “Solicitud de Póliza para Trámite Municipal”.
2. Certificación en la que se hace constar la anulación de la orden de compra o adjudicación, sea pública o privada, cuando la “Solicitud de inclusión de proyecto de construcción” está asociada a una orden de compra o adjudicación.

3. Copia del finiquito firmado entre las partes, en el que se hace constar la anulación del contrato o subcontrato de construcción original, cuando el Tomador del seguro no es el propietario del permiso de construcción según la “Solicitud de Póliza para Trámite Municipal” o cuando la “Solicitud de inclusión de proyecto de construcción” está asociada a una “Declaración de subcontrato de construcción”.

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

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

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

Artículo 33. Anulación de un subcontrato

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

1. Copia del finiquito firmado entre las partes, en el que se hace constar la anulación del subcontrato original.
2. Declaración Jurada en escritura pública, en la que se hace constar la anulación del subcontrato original.

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

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

Artículo 34. Traspaso de un proyecto de construcción a otro Tomador del seguro

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

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

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

Artículo 35. Modificación de un proyecto de construcción

Si durante la realización de las actividades de construcción se presentan desviaciones o cambios, con relación a la información declarada en la "Solicitud de inclusión de proyecto de construcción", el Tomador del seguro deberá presentar dentro de los 8 (ocho) días hábiles posteriores a la modificación, una nueva declaración con la información actualizada, siempre y cuando la obra esté en ejecución, a fin que el Instituto realice los ajustes que correspondan en la póliza.

Artículo 36. Responsabilidad solidaria del Tomador del seguro

Con el fin de salvaguardar la responsabilidad solidaria conforme lo dispuesto en el artículo 193 del Código de Trabajo, el Tomador del seguro responsable de la obra que contrate a otro u otros para realizar una actividad de cualquier índole, quedará exonerado de oficio de esta responsabilidad, si demuestra que los trabajos fueron realizados por un patrono, según lo que señala el artículo 3 del citado Código.

Las primas que no hayan sido pagadas y correspondan a los trabajos contratados a un intermediario, serán cargadas a la póliza del Tomador del seguro responsable de la obra como un "cargo por pagar". Igual condición se aplicará para los casos no asegurados que se presenten.

CAPÍTULO VII

LIQUIDACIÓN DEL SEGURO

Artículo 37. Proceso de liquidación

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

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

$$L = TV \times (MC - MA) + C$$

Dónde:

L = Resultado de la liquidación.

TV = Tarifa vigente del período.

MC = Monto consumido del período o producción real entregada

MA = Monto asegurado neto del período.

C = Cargos y deudas pendientes de pago.

Artículo 38. Monto consumido del período

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

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

Para las pólizas de Construcción de Período Corto conforme los términos establecidos en el Artículo 28. Declaración de las obras de construcción, también serán liquidables en las condiciones que se aplican a las pólizas de construcción permanentes.

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

Artículo 39. Prima neta del período

La prima neta del período es el monto de prima precisa y exacta que fue necesaria para cubrir el

monto consumido del período, y se obtiene con la siguiente fórmula:

$$PN = MC \times TV$$

Dónde:

PN = Prima neta del período.

MC = Monto consumido del período.

TV = Tarifa vigente del período.

Artículo 40. Aplicación automática del sobrante

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

De persistir un sobrante y la póliza se encuentre vigente, el mismo será aplicado como aumento al siguiente período de vigencia de la póliza; no obstante, el Tomador del seguro podrá solicitar la devolución, respetando las disposiciones que se indican en el Artículo 41. Devolución del sobrante de liquidación.

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

Artículo 41. Devolución del sobrante de liquidación

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

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

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

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

Artículo 42. Liquidaciones declaradas Prima Totalmente Devengada (PTD)

Las siguientes pólizas se declaran PTD de oficio, debido a las características propias de cada una

de ellas:

1. RT-Adolescente
2. RT-Agrícola
3. RT-Hogar
4. RT-Independiente
5. RT-Ocasional
6. Pólizas de período corto, excepto:
 - a. RT-Recolección de Cosechas
 - b. RT-Construcción que realizan la declaración de la obra o actividad construcción, mediante el formulario de “Solicitud de inclusión de proyecto de construcción”
7. Cuando el resultado de la liquidación es menor o igual al costo mínimo de emisión y administración de la póliza fijado en el Artículo 23. Primas del seguro.

CAPÍTULO VIII

REPORTE DE TRABAJADORES

Artículo 43. Sistema RT-Virtual

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

Artículo 44. Aseguramiento de nuevos trabajadores

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

Posteriormente, el Tomador del seguro deberá incluir al trabajador en la Declaración de planilla del mes que corresponda, según la fecha de ingreso (se exceptúan las pólizas señaladas en el Artículo 46. Declaración periódica de planillas.

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

Se encuentran excluidas de la obligación de presentar el formulario "Inclusión de asegurados", las pólizas que por sus características especiales el Instituto determine, y así lo disponga en las Condiciones Especiales del seguro, a saber:

1. RT-Agrícola
2. RT-Hogar sólo cuando se trata del trabajador adicional para actividades de mantenimiento doméstico.
3. RT-Ocasional
4. RT-Recolección de Cosechas
5. Período corto
6. Pólizas de sector público

Artículo 45. Calendario anual de planillas

Durante los primeros 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, sea por emisión, rehabilitación o renovación, el Tomador del seguro deberá registrar por medio del

sistema RT-Virtual el calendario anual de planillas, mediante el cual informará al Instituto las fechas de inicio y fin de cada período de planilla.

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

Se encuentran excluidas de la obligación de registrar este calendario, las pólizas que se enumeran en el Artículo 46. Declaración periódica de planillas.

Artículo 46. Declaración periódica de planillas

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

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

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

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

1. RT-Adolescente
2. RT- Agrícola
3. RT-Hogar
4. RT-Independiente
5. RT-Ocasional
6. RT-Recolección de Cosechas
7. Período corto de construcción en las siguientes condiciones:
 - a. El Tomador del seguro es una persona física.
 - b. El Tomador del seguro en su condición de patrono, no se dedica a esta actividad de forma permanente.

- c. Las labores a realizar son para la construcción, remodelación o reparación de la casa de habitación de su propiedad.
- d. El porcentaje de mano de obra es igual a los contemplados en la Tabla No. 3 del Artículo 30. Determinación del monto de mano de obra.

Sin embargo, para las pólizas señaladas en los puntos 2, 6 y 7, el Tomador del seguro está en la obligación de llevar una bitácora de los trabajadores que laboran durante el período de vigencia del contrato, la cual podrá ser requerida por el Instituto para el análisis de casos o condiciones de aseguramiento.

Artículo 47. Procedimiento en caso de no recibirse la planilla

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

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

Artículo 48. Plazo para la exclusión de nuevos trabajadores

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

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

Artículo 49. Plazo para anular la Declaración de planilla e Inclusión de asegurados

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

CAPÍTULO IX

DISPOSICIONES SOBRE RECLAMOS

Artículo 50. Denuncia y procedimiento en caso de siniestro

Ante la ocurrencia de un riesgo de trabajo, el Tomador del seguro deberá completar y presentar el formulario denominado “Aviso de accidente o enfermedad de trabajo y orden de atención médica”, vía electrónica por medio del sistema RT-Virtual, o mediante el formulario físico dispuesto por el Instituto para este fin en cualquiera de las Sedes o en los Centros Médicos del Instituto.

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

Una vez presentado dicho formulario, el asegurado debe presentarse en el Centro Médico del Instituto de su preferencia, para recibir las prestaciones médicas que le otorga el seguro.

Artículo 51. Plazo para denunciar el siniestro

En apego a lo establecido en el artículo 221 de Código de Trabajo, el Tomador del seguro está obligado a denunciar al Instituto todo riesgo del trabajo que ocurra a sus trabajadores, dentro de los ocho (8) días hábiles siguientes a su acaecimiento.

Artículo 52. Determinación de casos no asegurados

Se calificará como caso no asegurado aquellos riesgos del trabajo reportados al Instituto, que al momento de la ocurrencia del evento presenten algunas de las siguientes características:

1. El patrono no posea un seguro de Riesgos de Trabajo al momento de ocurrencia del evento.
2. El patrono cuente con un seguro de Riesgos del Trabajo, pero no se encuentre vigente al momento de ocurrencia del evento.
3. El trabajador no se encuentre reportado en la Declaración de planilla correspondiente al período anterior a la fecha de ocurrencia del evento. Sin embargo, si por el plazo para la recepción de planillas, esta declaración fue presentada después de la ocurrencia del evento, que el trabajador no se encuentre reportado en la Declaración de planilla correspondiente al período tras anterior a la fecha de ocurrencia del evento.
4. En caso de omisión de la Declaración de planilla correspondiente al período anterior a la fecha de ocurrencia del evento, que el trabajador no se encuentre reportado en la planilla

que se registró por sustitución de esa declaración en la póliza.

5. Cuando el evento ocurre en el mismo mes de ingreso del trabajador a la empresa, y el trabajador no se haya reportado mediante el formulario “Inclusión de asegurados”, con anterioridad a la fecha de ocurrencia del evento.
6. En caso de omisión de la “Inclusión de asegurados”, que el trabajador no se haya reportado en la planilla de emisión o rehabilitación de la póliza (según corresponda), antes de la fecha de ocurrencia del evento.
7. En las pólizas exoneradas de la presentación del formulario Inclusión de asegurados, que el evento ocurra en el mismo mes de inicio de labores del trabajador en el centro de trabajo, y éste no se encuentre reportado en la Declaración de planilla que corresponda al período de ingreso.
8. En las pólizas exoneradas de la presentación de los formularios Inclusión de asegurados y Declaración de planilla, que el trabajador no se encuentre registrado en la bitácora de control de ingreso al centro de trabajo, correspondiente al día anterior a la fecha de ocurrencia del evento.

Artículo 53. Disposiciones sobre casos no asegurados

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

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

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

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

Artículo 54. Determinación de casos no amparados

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

1. Los provocados intencionalmente, o que fueren el resultado o la consecuencia de un hecho doloso del trabajador.

2. Los debidos a embriaguez del trabajador o al uso, imputable a éste, de narcóticos, drogas hipnógenas, tranquilizantes, excitantes; salvo que exista prescripción médica y siempre que haya una relación de causalidad entre el estado del trabajador, por la ebriedad o uso de drogas, y el riesgo ocurrido.
3. Los riesgos del trabajo reportados al Instituto a nombre del patrono, que en su condición de trabajador independiente o patrono asegurado, no posea una póliza RT-Independiente o RT-Patrono Asegurado al momento de la ocurrencia del evento.
4. El trabajador independiente o patrono asegurado cuente con una póliza RT-Independiente o RT-Patrono Asegurado, pero no se encuentre vigente al momento de ocurrencia del evento.
5. El patrono asegurado no se encuentre reportado en la Declaración de planilla correspondiente al período anterior a la fecha de ocurrencia del evento. Sin embargo, si por el plazo para la recepción de planillas, esta declaración fue presentada después de la ocurrencia del evento, que el trabajador no se encuentre reportado en la Declaración de planilla correspondiente al período tras anterior a la fecha de ocurrencia del evento.
6. En caso de omisión de la Declaración de planilla correspondiente al período anterior a la fecha de ocurrencia del evento, que el patrono asegurado no se encuentre reportado en la planilla que se registró por sustitución de esa declaración en la póliza.

Artículo 55. Disposiciones sobre casos no amparados

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

El Instituto conservará el derecho de solicitar al lesionado o al régimen de salud correspondiente, el pago de los gastos incurridos por las prestaciones otorgadas, en razón del principio básico de protección a la vida y la salud, pero que no le corresponde cubrir al Instituto por no tratarse de un riesgo de trabajo.

Artículo 56. Aceptación de casos por excepción

El Instituto conservará el derecho de estudiar y eventualmente aceptar aquellos casos que no hayan sido aceptados administrativamente, siempre y cuando el Tomador del seguro posea un contrato de seguro de Riesgos de Trabajo en las siguientes condiciones:

1. Tener una antigüedad superior a dos períodos de vigencia continuos, en el caso de pólizas permanentes.
2. Haber pagado puntualmente todas las primas durante los dos (2) últimos períodos, en el caso de pólizas permanentes.
3. Haber presentado oportunamente todas las declaraciones de planilla.

4. No poseer deudas pendientes con el Instituto.

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

La aceptación de un caso por excepción, implica su inclusión a la siniestralidad de la póliza y por ende, el ajuste de todos los factores relacionados, por ejemplo: los puntos por experiencia otorgados y la tarifa de los períodos siguientes al siniestro, lo que a su vez puede desencadenar variación en los resultados de la liquidación de cada período de vigencia de la póliza, generando primas a cobrar que deberán ser pagadas por el Tomador del seguro, en los plazos definidos en el Artículo 25. Plazo para el pago de la prima.

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

CAPÍTULO X

SUMINISTRO DE PRESTACIONES

Artículo 57. Prestaciones que otorga el seguro

Las prestaciones que otorgará el Seguro de Riesgos de Trabajo serán las dispuestas en los artículos 218 y 219 del Código de Trabajo, así como aquellas adicionales otorgadas por el Instituto mediante Acuerdo de la Junta Directiva, a saber:

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

Artículo 58. Prestaciones médicas

Cuando ocurra un riesgo del trabajo, todo patrono está obligado a procurar brindarle de inmediato al trabajador, el suministro de las prestaciones médico-sanitarias que su estado requiera, sin perjuicio de la obligación que tiene de brindarle los primeros auxilios.

Para el cumplimiento de esta disposición el Tomador del seguro deberá utilizar, preferentemente, los servicios de la red de salud del Instituto, de conformidad con lo señalado en el Artículo 50. Denuncia y procedimiento en caso de siniestro, salvo en aquellos casos de emergencia calificada, en que podrá recurrir al centro médico más cercano, hecho que deberá hacer del conocimiento inmediato del Instituto. En ese caso deberá sujetarse a lo dispuesto en el punto 2 del Artículo 66. Reconocimiento de facturas.

Artículo 59. Prestaciones en dinero

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

Si los salarios declarados en planillas fueron menores de los que el trabajador realmente devengó; el Instituto pagará al trabajador o a sus beneficiarios, las sumas correctas que en derecho

correspondan y conservará la acción contra el Tomador del seguro, por las sumas pagadas en exceso más los intereses del caso.

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

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

Artículo 60. Incapacidad Temporal

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

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

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

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

Dónde:

SS = Subsidio salarial

SD = Salario diario promedio

SML = Salario mínimo legal vigente al momento del evento

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

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

Artículo 61. Incapacidad permanente

1. Incapacidad Menor Permanente

La declaratoria de incapacidad menor permanente establece para el trabajador el derecho de

percibir una renta anual, pagadera en dozavos, durante un lapso de cinco años, la cual se calculará multiplicando el porcentaje de pérdida de la capacidad general orgánica que se le haya fijado, conforme a los términos del artículo 224 del Código de Trabajo, por el salario promedio anual que se determine, según el artículo 235 del mismo Código.

2. Incapacidad Parcial Permanente

La declaratoria de incapacidad parcial permanente determina para el trabajador el derecho de percibir una renta anual, pagadera en dozavos, durante un lapso de 10 años, equivalente al 67% del salario promedio anual que se determine. Dicho plazo podrá ampliarse por lapsos sucesivos de 5 años, si mediante estudios socioeconómicos, se demuestra que el beneficiario es mayor de 40 años, depende exclusivamente de la renta para su subsistencia y que no haya percibido otros ingresos durante el último año.

3. Incapacidad Total Permanente

La declaratoria de incapacidad total permanente determina para el trabajador el derecho a percibir una renta anual vitalicia, pagadera en dozavos, igual al 100% del Salario Mínimo Legal Anual vigente al momento del evento, más el 67% sobre el exceso del Salario Promedio Anual determinado respecto al Salario Mínimo Legal Anual.

4. Gran Invalidez

La declaración de gran invalidez determina para el trabajador el derecho a percibir una renta vitalicia, pagadera en dozavos, igual al 100% del Salario Mínimo Legal Anual vigente al momento del evento, más el 67% sobre el exceso del Salario promedio Anual determinado respecto al Salario Mínimo Legal Anual. Además, se le reconoce una asignación mensual, que se determina reglamentariamente, para el pago de su cuidado personal primario.

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

Artículo 62. Muerte del trabajador

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

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

Artículo 63. Renta adicional en diciembre

Tanto los trabajadores a quienes se les haya fijado incapacidad total permanente o gran invalidez, como los derechohabientes del trabajador fallecido a causa de un riesgo de trabajo, tienen derecho al pago de una renta adicional en diciembre, equivalente al monto que estuviera percibiendo mensualmente.

En el caso de incapacitados en forma parcial permanente, tendrán derecho aquellos que si previo estudio socioeconómico se demuestra que el beneficiario depende exclusivamente de las rentas, es mayor de 40 años y no ejerce profesión u oficio en el período de análisis. Además la solicitud de la renta adicional debe ser presentada antes del último día hábil del mes de octubre

Artículo 64. Gastos de funeral

El Instituto Nacional de Seguros reconocerá una suma determinada para gastos del funeral del trabajador fallecido, así como para gastos de traslado del cadáver dentro del Área Metropolitana ó fuera de ésta; dicha suma se reintegrará al familiar del occiso o cualquier otra persona que demuestre haber cumplido con el pago de estos servicios o incurrido en obligaciones económicas por esta misma razón.

Artículo 65. Reconocimiento de gastos por traslado, hospedaje y alimentación

El Instituto reconocerá gastos por traslado conforme a las disposiciones del artículo 218, inciso ch) del Código de Trabajo, con base en las disposiciones que dicta la Dirección General de Transporte Automotor y las tarifas aprobadas por la Autoridad Reguladora de los Servicios Públicos ARESEP.

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

En los casos en los que el trabajador manifieste cambio de domicilio, deberá aportar una copia de un recibo de servicio público a su nombre, con no más de un mes de antigüedad, en el que conste claramente el nuevo domicilio.

Si el trabajador se encuentra alquilando la vivienda, deberá aportar los siguientes documentos para registrar su domicilio:

1. Copia del contrato de alquiler.
2. Copia del recibo de pago de alquiler del último mes.
3. Copia de un recibo de servicio público a nombre del arrendante, con no más de un mes de antigüedad, en el que conste la dirección de la vivienda alquilada.

4. Original y copia del carnet del seguro social, vigente y en buen estado, emitido por el centro de salud en el cual recibe atención médica.

Asimismo, se reconocerán gastos de hospedaje y alimentación, cuando el trabajador, con motivo del suministro de las prestaciones médico-sanitarias o de rehabilitación, deba trasladarse a un lugar distinto de la residencia habitual o lugar de trabajo.

Sin embargo, si el Instituto dispone de centros propios destinados a ese efecto, o contrata dichos servicios en lugares adecuados para ello, podrá sustituir esta prestación en dinero, ubicando a los trabajadores en ellos.

Artículo 66. Reconocimiento de facturas

El reconocimiento se realizará a quien demuestre haber pagado las facturas y para iniciar el trámite de reintegro, el Tomador del seguro deberá denunciar el siniestro conforme a las disposiciones establecidas en el Artículo 50. Denuncia y procedimiento en caso de siniestro.

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

El reconocimiento de facturas aplicará:

1. Cuando exista una referencia médica por parte de los servicios otorgados por el Instituto que autorice al asegurado a realizar el pago. En este caso se gestiona el reintegro del dinero acreditado en la factura original aportada.
2. Cuando el asegurado recurra por cuenta propia a recibir atención médica en un centro privado, siempre que exista relación causa efecto entre la atención recibida (costos que se pretenden cobrar) y el evento reportado.

Se reconocerán los costos según el manual tarifario que maneja el Instituto

En el caso que según criterio de la Unidad de Control y Gestión Técnica de la Dirección de Seguros Solidarios, se determine que el caso aplica como emergencia calificada, se reconocerá el cien por ciento (100%) de los costos incurridos.

3. En caso de que el evento ocurra en el extranjero, en los términos señalados en el Artículo 13. Cobertura de extraterritorialidad, se deberá presentar:
 - a. Certificado del médico tratante donde se indique el diagnóstico, evolución del padecimiento y tratamiento efectuado, el cual será analizado por el Instituto para su validación.
 - b. Facturas originales y/o los comprobantes de pago, en los cuales se detallen los gastos.

- c. En caso de presentación de reclamos en otros idiomas distintos al español, el Asegurado debe presentar la respectiva traducción de toda la documentación del reclamo, misma que deberá ser efectuada por traductores oficiales autorizados por el Ministerio de Relaciones Exteriores.

Artículo 67. Reconocimiento subsidio en pólizas RT-Independiente y RT-Patrono Asegurado

Para el reconocimiento de subsidio salarial en una póliza RT-Independiente o RT-Patrono Asegurado, el Tomador del seguro deberá demostrar la pérdida económica que ha sufrido y para tal efecto, deberá presentar la Declaración personal del impuesto sobre la renta presentada al Ministerio de Hacienda, la cual deberá corresponder al ejercicio fiscal inmediato anterior a la fecha de accidente.

Según corresponda, deberá presentar obligatoriamente los requisitos que se detallan, mismos que serán necesarios para establecer la pérdida económica

1. Si la empresa o actividad no está operando

- a. Reporte de la “Declaración de planilla” en cero (0).
- b. Que demuestre que la empresa no esté operando, es decir que no genera ingresos. Particularmente podría generarse solicitud para que personal del CSTP (Centro de Servicios Técnicos Profesionales) emita un informe que valide lo anterior, de las conclusiones y recomendaciones emitidas el INS tomará la decisión respecto a la procedencia del pago.

2. Si la empresa o actividad está operando

- a. Deberá estar reportado en la “Declaración de planilla” en cero (0) o por los días proporcionales que laboró.
- b. Deberá demostrar la contratación de un nuevo colaborador que lo sustituya. Este deberá ser de nuevo ingreso y para todos los efectos deberá estar reportado en las planillas posteriores a la ocurrencia del accidente.
- c. Deberá cumplirse con el proceso de Inclusión de asegurados del nuevo trabajador y su reporte posterior en la Declaración de planillas.

El pago de las incapacidades otorgadas se realizará por periodo vencido.

Artículo 68. Reconocimiento subsidio al trabajador con varios patronos

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

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

Para hacer efectivo el pago del subsidio, deberá presentar una nota del patrono o patronos (diferente al de la ocurrencia del evento) en la que se indique:

1. Fecha de ingreso a la empresa.
2. Número de póliza de Riesgos del Trabajo bajo la cual lo tienen asegurado.
3. Tener conocimiento del período de incapacidad.
4. Que el asegurado no se ha presentado a laborar durante el período de incapacidad.

Artículo 69. Reconocimiento subsidio para aprendices y otros semejantes

En razón de que por su falta de pericia los aprendices y otros semejantes no reciben salario, fundamentados en lo que establecido el artículo 200 del Código de Trabajo, las prestaciones en dinero de estos se calcularán sobre la base del salario de la ocupación que aprenden, fijado en el Decreto de Salarios Mínimos.

Además, el Tomador del seguro deberá incluir tales cantidades en las declaraciones de planilla que deban reportar al Instituto.

Artículo 70. Reconocimiento subsidio en reaperturas

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

Sin embargo, si el lesionado labora para un patrono diferente al de la ocurrencia del evento, para hacer efectivo el pago deberá presentar una nota del nuevo patrono en la que se indique:

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

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

A partir de la tercera solicitud de reapertura, sólo se reconocerá dicho subsidio al asegurado, cuando el Instituto determine que existe una imposibilidad médica del asegurado para incorporarse a la fuerza laboral por las lesiones que presenta debido al riesgo de trabajo sufrido, o demuestre

que se encuentra de nuevo laboralmente activo.

Artículo 71. Ajuste de subsidio

Cuando existan diferencias de salarios entre lo reportado por el Tomador del seguro y lo realmente percibido por el trabajador que se accidentó, y se deban pagar prestaciones económicas, el Instituto pagará al asegurado o a sus causahabientes las sumas correctas que en derecho corresponden y le cobrará al Tomador del seguro, las sumas pagadas en exceso más los intereses correspondientes, tal y como lo dispone el artículo 206 del Código de Trabajo.

En los casos que se determine que se pagaron prestaciones no debidas al trabajador o a sus causahabientes, el Instituto podrá cobrar o compensar lo que haya entregado indebidamente a los responsables, deduciendo las sumas de las prestaciones en dinero que se les adeuden a éstos o mediante las gestiones cobratorias que correspondan, tal y como lo dispone el artículo 253 del citado Código.

Artículo 72. Reconocimiento a beneficiarios

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

Tabla No. 4
Beneficiarios en caso de muerte del trabajador

BENEFICIARIOS	RENTA EQUIVALENTE A	PLAZO
Cónyuge supérstite	Si hay menores 30% Si no hay menores 40%	10 años
Menores dependientes	Si hay esposa: - Un menor 20% - Dos menores 15% c/u - Tres o más menores 40% grupo Si no hay esposa: - Un menor 35% - Dos o más menores 20% c/u	Hasta los 18 años de edad. Se puede extender hasta los 25 años para los que demuestren que están estudiando.
Compañera	Si hay menores 30% Si no hay menores 40%	10 años
Madre del occiso (natural o de crianza)	Si hay menores 20% Si no hay menores 30%	10 años
Padre del occiso sexagenario o incapacitado para trabajar	10%	10 años
Ascendientes, descendientes y colaterales del occiso hasta 3er grado de consanguinidad, que sean sexagenarios o incapacitados para trabajar y dependientes.	10% c/u o 30% grupo	10 años

Nota: La suma de las rentas que se determinen no podrá exceder del 75% del salario anual del trabajador fallecido.

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

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

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

La suspensión de estudios o un notorio bajo rendimiento en los mismos, harán perder el derecho a las rentas en forma definitiva, excepto en los casos en que el beneficiario pueda demostrar incapacidad física prolongada por más de un mes y se compruebe la reanudación de los estudios.

La extensión en el pago de las rentas se perderá definitivamente si el beneficiario estudiante tuviera cualquier tipo de ingresos suficientes para su manutención.

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

En el caso de beneficiarios menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización, debido a que las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

CAPÍTULO XI MODIFICACIONES AL CONTRATO

Artículo 73. Fusión de dos o más pólizas

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

De conformidad con lo que establece el Artículo 16. Pólizas del tomador del seguro y producto de los estudios que se realicen, el Instituto podrá realizar de oficio la fusión de dos o más pólizas bajo una misma razón social, y que estén suscritas para actividades económicas similares.

En ambos casos, el Instituto establecerá la tarifa a aplicar al seguro, conforme a los procedimientos internos establecidos para la fusión de pólizas, y consolidará la información de monto asegurado, prima neta y siniestros de los últimos 4 (cuatro) períodos anuales de las pólizas a unificar, dentro de la póliza que conforme al procedimiento se mantendrá vigente.

Artículo 74. Modificación del monto asegurado

Si en el transcurso de vigencia de la póliza se presentan solicitudes que afecten el monto asegurado del seguro, por ejemplo: incremento o disminución de la proyección de planillas, inclusión de proyectos y subcontratos de construcción, extensión de vigencia, entre otros, el Instituto procederá a calcular nuevamente el monto asegurado y hará el ajuste correspondiente en la prima del seguro, informándole al Tomador dentro del plazo máximo de un (1) mes a partir del conocimiento de la situación que generó la modificación.

Artículo 75. Cambio en la forma de pago

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

Artículo 76. Modificación de la fecha de inicio de vigencia de la póliza

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

1. Cuando se trate de una póliza permanente, la variación registrará a partir de la siguiente renovación del contrato de la póliza y no se permitirán dos cambios de vigencia simultáneos en un mismo período.

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

2. Cuando se trate de una póliza de período corto para la actividad de construcción, el Tomador del seguro deberá adjuntar en la solicitud copia de la bitácora de la obra.

El Instituto modificará la vigencia de la póliza, siempre y cuando no haya vencido el plazo del permiso de construcción.

Artículo 77. Modificación de la actividad económica

El Tomador del seguro deberá comunicar por escrito al Instituto cualquier cambio en su actividad económica, a fin de realizar los ajustes que correspondan en la póliza y quede asegurada la nueva actividad. Si dicho cambio no es informado al Instituto, se procederá de oficio a realizar los ajustes que correspondan en la póliza, a partir de la renovación inmediata anterior a la determinación del cambio.

Este cambio implicará ajuste en la tarifa vigente del período afectado considerando la siniestralidad acumulada, y se calculará con la siguiente fórmula:

$$TA = TM_N \times TV / TM_A$$

Dónde:

TA = Tarifa ajustada (nueva tarifa del seguro)

TV = Tarifa vigente del período afectado.

TM_N = Tarifa del manual tarifario, actividad nueva.

TM_A = Tarifa del manual tarifario, actividad anterior.

Artículo 78. Extensión de vigencia en pólizas de período corto

El Tomador del seguro que haya suscrito una póliza de período corto, podrá solicitar por escrito al Instituto la extensión de la vigencia original del contrato, según corresponda:

1. Cuando se trate de una póliza para la actividad de construcción, el Tomador del seguro deberá adjuntar en la solicitud copia de la bitácora de la obra.
2. Cuando se trate de una póliza para la actividad de producción, el Tomador del seguro deberá indicar en la solicitud la producción estimada.
3. Cuando se trate de una póliza para otro tipo de actividades, también deberá indicar la estimación de planillas a pagar durante el período de extensión.

El Instituto calculará la prima correspondiente, con base en la información contenida en la póliza y la suministrada por el Tomador del seguro en la solicitud de extensión.

La extensión del seguro será válida para la conclusión del trabajo u obra constructiva, para la cual

fue suscrito el seguro.

Si el período de vigencia del seguro considerando la extensión solicitada supera los trescientos sesenta (360) días, la póliza se modificará a póliza permanente, manteniendo el incentivo de colectividad.

Artículo 79. Suspensión temporal del seguro

Si durante el período de vigencia de la póliza se presenta una interrupción en los trabajos que motive la suspensión temporal del mismo, durante los meses de interrupción el Tomador del seguro deberá declarar una planilla de tipo “Sin actividad”, a efecto de que el Instituto no aplique el procedimiento de sustitución de planillas, conforme lo definido en el Artículo 47. Procedimiento en caso de no recibirse la planilla y el seguro quede suspendido de forma automática.

Artículo 80. Reactivación del seguro

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

1. Cuando se trate de una póliza de período corto, el Tomador del seguro deberá presentar al Instituto previo a reanudar el trabajo la solicitud por escrito de la reactivación de la póliza, explicando el motivo de la suspensión e indicando la fecha en que se reiniciarán los trabajos.
2. Cuando se trate de una póliza permanente, será suficiente que el Tomador del seguro deje de presentar la planilla de tipo “Sin actividad”, para que el seguro se reactive de forma automática.

Artículo 81. Otras modificaciones al contrato

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

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

CAPÍTULO XII

TERMINACIÓN DEL SEGURO

Artículo 82. Causas para la terminación del seguro

A efecto de poder delimitar la responsabilidad subrogada por el Instituto, se entenderá que la vigencia del seguro se inicia al ser pagada la prima provisional o definitiva que se fije, extendiéndose la cobertura hasta el día de la expiración del seguro. Sin embargo, el Instituto dará por terminado el seguro cuando se presente alguna de las siguientes situaciones:

1. Incumplimiento de pago de la prima

La falta de pago en la póliza de cualquier prima o fracción de la misma, facultará al Instituto para la terminación anticipada del contrato de seguro y la liquidación de forma automática de la póliza.

2. Cierre de los centros de trabajo

El cierre de los centros de trabajo donde se desarrolla la actividad económica objeto del seguro, facultará al Tomador del seguro para solicitar por escrito al Instituto la terminación anticipada del contrato de seguro y la liquidación de su póliza.

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

3. No realización del trabajo.

En virtud de que la terminación del seguro por no haberse llevado a cabo las labores para las que fue suscrito, conlleva la devolución de la prima, menos el costo de emisión y administración de la póliza fijado por el Instituto, el Tomador del seguro deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- a. **Pólizas para actividades de construcción:** Cuando se trate de una póliza suscrita para la actividad de construcción, el Tomador del seguro debe gestionar el traspaso o la anulación de toda “Solicitud de inclusión de proyecto de construcción” registrada en su póliza, conforme a las disposiciones que se establecen en el capítulo VII “Proyectos de Construcción” y posteriormente, solicitar por escrito la terminación del seguro.
- b. **Otros tipos de pólizas:** Cuando se trate de una póliza suscrita para una actividad distinta a construcción, el Tomador del seguro debe presentar una solicitud por escrito con la debida justificación y aportar las pruebas documentales que demuestren que los trabajos no fueron ni serán realizados.

Artículo 83. Derecho a informar a terceros

Se debe considerar que la ausencia del seguro de riesgo del trabajo faculta a los inspectores con autoridad, de las municipalidades, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y del Instituto, para ordenar la paralización de labores o el cierre del establecimiento de que se trate. A este efecto, deberá tenerse en cuenta la naturaleza de los trabajos y el mayor o menor grado de riesgo de los mismos, así como los antecedentes del patrono, sea persona física o jurídica, además el Tomador del seguro es responsable de los salarios que por tal motivo dejen de percibir sus trabajadores.

CAPÍTULO XIII

PROGRAMAS DE INCENTIVOS

Artículo 84. Participación en programas de Incentivos

El Tomador del seguro que posea una póliza permanente en estado vigente, diferente a RT-Sector Público, RT-Independiente, RT-Adolescente, RT-Ocasional, RT-Hogar y RT-Agrícola, con una antigüedad superior a dos períodos de vigencia anual continuos, podrá participar en los programas de incentivos que a discreción del Instituto se considere pertinente otorgar:

1. Colectividad

Exime al Tomador del seguro de la presentación del formulario de “Inclusión de asegurados”, para los trabajadores de nuevo ingreso.

En caso de que el Tomador del seguro cuente con este beneficio y suscriba otra póliza permanente, para asegurar una actividad económica diferente, el Instituto podrá otorgar de oficio la colectividad.

2. Convenio o acuerdos específicos sobre reintegro

De conformidad con el artículo 30 del Reglamento General de los Riesgos del Trabajo, el Instituto puede convenir con el Tomador del seguro la adopción de forma de pago por reintegro de las incapacidades temporales, de tal forma que el trabajador incapacitado por el Instituto reciba el subsidio por medio de su patrono, quien mensualmente informará al Instituto el total de erogaciones por este concepto, a efecto de que se le realice el correspondiente reintegro.

En adición, el Instituto podrá implementar otras modalidades para reintegro por pago de subsidio salarial, en convenio con el Tomador del seguro.

3. Homologación del seguro

Para acceder a este incentivo, además de cumplir con las condiciones para participar detalladas en el Artículo 85. Condiciones para la participación en programas de incentivos, los Tomadores del seguro deberán completar y presentar la declaración jurada sobre los aspectos normados y publicados en la página web del Instituto.

Cuando se trate de pólizas del Sector Privado, el Instituto analizará la posibilidad de otorgar un reconocimiento económico máximo de hasta el 10% de la prima del período inmediato anterior a la renovación de la póliza, una vez liquidado.

Sin embargo, este reconocimiento no procederá cuando la tarifa vigente del período en

estudio se encuentre descontada en una proporción igual o superior al 10% de la tarifa vigente para la actividad asegurada, consignada en el manual tarifario; salvo solicitudes donde se valorará que la razón de siniestros a primas, sea igual o menor a 0,50 en la póliza objeto del estudio. Para estos casos el reconocimiento máximo a otorgar será de hasta un 5%.

Cuando se trate de pólizas del Sector Público, el Instituto podrá otorgar un certificado de cumplimiento de la Normativa en materia de prevención de accidentes de trabajo.

Es importante señalar, que para todos los casos, este beneficio sólo se concederá en el tanto no afecte la solidez financiera del régimen.

4. Consultorio Médico de Empresa

En el caso de las pólizas del Sector Privado en las que el Tomador del seguro 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 realice el Instituto.

En el caso de las pólizas del Sector Público, el Instituto podrá otorgar un certificado por habilitación de consultorio médico.

Artículo 85. Condiciones para la participación en programas de Incentivos

Para participar en cualquiera de los programas de incentivos, el Tomador del seguro deberá presentar solicitud formal por escrito al Instituto, y durante los dos últimos periodos de vigencia de la póliza, deberá haber cumplido con todas las condiciones que se establecen a continuación:

1. Haber pagado puntualmente todas las primas (no poseer periodos de no cobertura).
2. Haber presentado puntualmente todas las planillas.
3. No poseer casos no asegurados.
4. No poseer deudas pendientes con el Instituto.
5. Poseer un plan de salud ocupacional en todos sus centros de trabajo.

Artículo 86. Terminación de participación en programas de incentivos

La terminación del contrato de seguro facultará al Instituto a dar por finalizada la participación del Tomador en el programa de Homologación del Seguro.

No obstante, en caso de rehabilitación del seguro, el Tomador podrá solicitar nuevamente su participación, una vez que cumpla con todas las condiciones solicitadas para participar en el programa.

CAPÍTULO XIV SALUD OCUPACIONAL

Artículo 87. Aplicación del artículo 215 del Código de Trabajo

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

Para efectos prácticos los elementos que se consideran son:

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

$$IS = (II/IIs) * 0.25 + (Rp/Rps) * 0.75$$

Donde,

II: Índice de incidencia de accidentes y enfermedades laborales la empresa evaluada

IIs: Índice de incidencia definido por la Dirección de Actuarial del Instituto como estándar para el sector donde se ubica la empresa.

Rp: Razón costo a prima de la póliza evaluada.

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

Si:

IS <= 1	(Np1 = 0)
1 < IS <= 2	(Np1 = 15)
2 < IS <= 4	(Np1 = 20)
IS > 4	(Np1 = 25)

2. Según variación del grado de riesgo –GR (Np2), a saber:

GR se ubica como “Intolerable”	(Np2 = 25)
GR se ubica como “Importante”	(Np2 = 20)
GR se ubica como “Moderado”	(Np2 = 15)
GR se ubica como “Tolerable”	(Np2 = 10)

GR se ubica como “Trivial” (Np2 = 0)

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

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

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

4. Porcentaje de población afectada por el riesgo no controlado (Np4): Para esta consideración se tendrá el porcentaje de trabajadores (as), expuestos al riesgo, que potencialmente se ven afectados por la materialización del mismo, tomando como población total para calcular el porcentaje de trabajadores expuestos, la población total del centro de trabajo correspondiente donde se identificó el riesgo, según los siguientes criterios:

Población afectada (80%-100%)	Np4 =15
Población afectada (50%-79%)	Np4 =12
Población afectada (20%-49%)	Np4 = 9
Población afectada (5%-19%)	Np4 = 6
Población afectada menor al 5%	Np4 = 3

La relación utilizada para ponderar los aspectos anteriores es:

$$FR (\%) = (Np1 + Np2 + Np3 + Np4) \quad 100$$

Dónde:

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

Artículo 88. Cálculo de recargo de la prima (Rp)

El incremento se aplica a la prima a devengar, en cualquier momento de la vigencia de la póliza; se cobra como recargo del Seguro, por la agravación de riesgo existente. Cuando no se adopten las medidas preventivas dictadas por la administración del seguro de riesgos del trabajo, se procederá con tal recargo en el porcentaje referido en el artículo 215 del Código de Trabajo, dividido en veinticuatro tramos, para el primer y segundo año de incumplimiento, hasta alcanzar el máximo en el tercer año de mantenerse esta condición, así:

Para el primer año y segundo año:

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

Para el tercer año:

$$\text{Recargo} = \text{Rp}$$

Donde:

Ni: serán los períodos (meses), transcurridos desde que se comunicó la sanción hasta realizar el cobro. El pago se debe realizar con el primer cobro del seguro posterior a la sanción.

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

CAPÍTULO XV ANEXOS

ANEXO I

ESTÁNDARES PARA LA HOMOLOGACION DE LA PREVENCIÓN DEFINIDA EN EL CAPITULO XIV DE LA NORMA DEL SEGURO DE RIESGOS DEL TRABAJO PARÁMETROS PARA EVALUAR INDICE DE INCIDENCIA		
CODIGO	ACTIVIDAD ECONÓMICA	ESTÁNDAR
0001	Agricultura, caza, silvicultura y pesca	180
0002	Minas y canteras	170
0003	Industrias y fábricas	100
0004	Electricidad, gas y agua	110
0005	Construcción	210
0006	Comercio, restaurantes y Hoteles	80
0007	Transporte, almacenamiento y comunicaciones	90
0008	Servicios a empresas, seguros bienes inmuebles	40
0009	Servicios sociales comunales y personales	40

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

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

Nº medio de trabajadores expuestos

Se interpreta como el número de casos trabajadores expuestos a un riesgo laboral por cada 1000 trabajadores asegurados.

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

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

que define la gravedad en función de los costos generados por atención de casos presentados por el patrono asegurado.-

ANEXO II

PARÁMETRO Y ESTÁNDARES PARA LA APLICACIÓN DEL ARTÍCULO 215 DEL CÓDIGO DE TRABAJO, SEGÚN CAPITULO XIV DE LA NORMA TÉCNICA DEL SEGURO DE RIESGOS DEL TRABAJO PARÁMETROS PARA EVALUAR ÍNDICE DE INCIDENCIA		
CÓDIGO	ACTIVIDAD ECONÓMICA	ESTÁNDAR
0001	Agricultura, caza, silvicultura y pesca	260
0002	Minas y canteras	220
0003	Industrias y fábricas	150
0004	Electricidad, gas y agua	150
0005	Construcción	210
0006	Comercio, restaurantes y Hoteles	100
0007	Transporte, almacenamiento y comunicaciones	150
0008	Servicios a empresas, seguros bienes inmuebles	100
0009	Servicios sociales comunales y personales	100

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

$I.I. = \text{Casos presentados al Régimen} \times 1000$; $I.I = \text{casos presentados al régimen} / \text{planilla reportada} \times 1000$

ANEXO III

METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DE RIESGOS PROPUESTA POR EL INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD E HIGIENE DEL TRABAJO (INSHT) DE ESPAÑA, ADOPTADO PARA DEFINIR EL GRADO DE RIESGO (GR)

III.1.-Identificación de Peligros

Para la identificación de peligros se define criterios con base a: la existencia de una fuente de daño; quién o qué podría ser dañado y cómo podría ocurrir el daño. Para facilitar el proceso de identificación de peligros se deben categorizar los mismos en distintos grupos, de acuerdo con la causa externa del daño potencial que podrían producir.

III.2.-Estimación del Riesgo

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

Para determinar la severidad del daño, se realizaron consideraciones basadas en la inspección visual del puesto y la información obtenida. Para ello se debe tener en cuenta el daño que podría tener el trabajador(a), graduado desde ligeramente dañino -LD (daños superficiales, cortes menores, irritación de ojos por polvo, molestias, entre otros), dañino -D (laceraciones, quemaduras, fracturas menores, sordera, dermatitis, asma, trastornos músculo-esqueléticos, enfermedad que conduce a una incapacidad menor) y extremadamente dañino -ED (amputaciones, fracturas mayores, intoxicaciones, enfermedades crónicas que acorte severamente la vida, entre otros).

Para la probabilidad, la misma se gradúa desde: Alta -A (El daño ocurrirá siempre o casi siempre); Media -M (El daño ocurrirá en algunas ocasiones) y Baja -B (El daño ocurrirá raras veces). En este sentido, para establecer la probabilidad del daño se debe considerar si las medidas existentes son apropiadas para el control del riesgo y si estas están acordes a la legislación existente, los trabajadores especialmente sensibles, la exposición al peligro, fallos en los servicios, los actos inseguros de las personas o actos subestándar (donde existen estándares) y la protección suministrada por los Equipos de Protección Personal.

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

Cuadro III-1

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

III.3.-Valoración de Riesgos

Una vez establecida la evaluación de los riesgos se requiere establecer su impacto, para ello se utiliza el Cuadro VI-2, el cual establece en términos generales lo siguiente: Trivial (T), cuando no se requiere una acción específica; Tolerable (TO), cuando no se necesita mejorar la acción preventiva; Moderado (M), cuando se deben hacer esfuerzos para reducir el riesgo; Importante (I), cuando no se debe comenzar el trabajo sin que se haya controlado el riesgo; e Intolerable (IN), implica una reducción inmediata del riesgo, esto para poder comenzar o continuar con el trabajo.

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

Cuadro III-2

Riesgo	Acción y temporización
Trivial (T)	No se requiere acción específica.
Tolerable (TO)	No se necesita mejorar la acción preventiva. Sin embargo se deben considerar soluciones más rentables o mejoras que no supongan una carga económica importante. Se requieren comprobaciones periódicas para asegurar que se mantiene la eficacia de las medidas de control.
Moderado (M)	Se deben hacer esfuerzos para reducir el riesgo, determinando las inversiones precisas. Las medidas para reducir el riesgo deben implantarse en un período determinado. Cuando el riesgo moderado está asociado con consecuencias extremadamente dañinas, se precisará una acción posterior para establecer, con más precisión, la probabilidad de daño como base para determinar la necesidad de mejora de las medidas de control.
Importante (I)	No debe comenzarse el trabajo hasta que se haya reducido el riesgo. Puede que se precisen recursos considerables para controlar el riesgo. Cuando el riesgo corresponda a un trabajo que se está realizando, debe remediarse el problema en un tiempo inferior al de los riesgos moderados.
Intolerable (IN)	No debe comenzar ni continuar el trabajo hasta que se reduzca el riesgo. Si no es posible reducir el riesgo, incluso con recursos ilimitados, debe prohibirse el trabajo.

Esta Norma Técnica rige a partir de la fecha de su publicación en el Diario oficial La Gaceta. En consecuencia todos los patronos tienen el deber de conocerla e informar a quienes tengan relación directa con el seguro, además de disponer de un ejemplar para acceso de todos sus trabajadores.
