

SEÑOR(A) PATRONO: CASO N°

A efecto de proceder con el trámite del reclamo planteado por su trabajador (a), nos permitimos solicitarle la siguiente información de interés, la cual debe completarse en su totalidad.

Para los efectos pertinentes se hace constar que:

NOMBRE DE LA PERSONA TRABAJADORA: _____

CEDULA: _____ CUENTA IBAN: _____

LABORA PARA NUESTRA EMPRESA DESDE EL DIA: _____,

DURANTE LOS SIGUIENTES DIAS DE LA SEMANA: DE _____ A _____,

CON EL SIGUIENTE HORARIO DE TRABAJO: DE LAS _____, A LAS _____ HORAS

DEBIDO AL ACCIDENTE NO SE PRESENTA A LABORAR DESDE EL DIA: _____

Asimismo informamos que dicho trabajador devenga un salario regular mensual de : ₡ _____,

y que durante el periodo de incapacidad esta empresa le reconocerá el siguiente porcentaje del salario _____ (%).

porcentaje**(No dejar en blanco, en caso de no reconocer ninguno, indiar 0).**

NOMBRE DE LA EMPRESA O INSTITUCIÓN

SELLO

NUMERO TELEFONICO

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA REPRESENTANTE LEGAL

FECHA

Nota: Para los documentos que se presenten con firma digital, la información aportada debe enviarse por correo electrónico.

NOTAS IMPORTANTES

1. Debe aportar el estudio de salarios de los últimos seis meses anteriores a la fecha del accidente, que comprende de _____

a _____, para lo cual, se recomienda ingresar a **SICERE** via on line (La Persona Asegurada – Salarios y cotizaciones) y

traer IMPRESO el documento o visitar una sucursal de la CCSS para solicitar el reporte de salarios.

2. Les solicitamos completar **TODOS** los espacios de este formulario y además sellado por la empresa. En caso de no contar con sello, deberá aportar una **carta justificatoria** con copia de cédula de la persona que firma y calidades.

3. El Instituto Nacional de Seguros se reserva el derecho de verificar la exactitud de la información brindada.

4. En el evento que los salarios reportados a la CCSS (los 6 meses previos a la ocurrencia del accidente) difieran entre sí por montos superiores a los ₡300,000,00 deberá aportarse un desglose de salario que determine a que corresponden las diferencias (por ejemplo incapacidades, horas extras y/o bonificaciones, entre otros.)

LA INFORMACIÓN QUE SE BRINDA EN ESTE FORMULARIO NO AFECTA LAS POLIZAS DE TRABAJO DEL PATRONO(A). ESTA INFORMACIÓN LABORAL ES UTILIZADA UNICAMENTE PARA EL CALCULO DE PAGO DE INCAPACIDADES DE SEGURO OBLIGATORIO AUTOMOTOR, POR LO QUE SE LE SOLICITA COMPLETAR TODO