



EsSalud
Formulario 1010
(versión 05)

FORMULARIO ÚNICO SEGUROS Y PRESTACIONES ECONÓMICAS

Tipo de Seguro
(Llenado por EsSalud)

N° Folio EsSalud
(Llenado por EsSalud)

I.- INFORMACIÓN DE ASEGURADO TITULAR

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CARNET EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/> PASAPORTE	Número
DATOS DEL EMPLEADOR: <input type="checkbox"/> RUC <input type="checkbox"/> NCO (N° CORREL DE ORG) <input type="checkbox"/> CIE (COD INSC EMPLEADOR TH)	Número

II.- SOLICITUD DE REGISTRO

Titular Derechohabiente

TIPO DE REGISTRO <input type="checkbox"/> ALTA (INSCRIPCIÓN) <input type="checkbox"/> CAMBIO (ACTUALIZACIÓN) <input type="checkbox"/> BAJA (CESE / DESAFILIACIÓN)	Número									
DATOS DE LA PERSONA A REGISTRAR (Llenar sólo para registro de derechohabientes) <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> ACTA DE NACIMIENTO <input type="checkbox"/> CARNET EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/> PASAPORTE	Número									
TIPO DE VÍNCULO CON EL ASEGURADO TITULAR <input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> CONCUBINO <input type="checkbox"/> HIJO MAYOR INCAPACITADO <input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> MADRE GESTANTE H.EXTRAMATRIMONIAL										
Primer apellido	Segundo apellido	Apellido casada	Nombre(s)							
Género <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a)	Fecha nacimiento (DD/MM/AAAA)	N° Teléfono o Celular	Correo electrónico						
DIRECCIÓN (Opcional, cuando es diferente a la dirección de RENIEC o por Actualización)										
Nombre vía (Especificar calle, jirón, avenida, etc)			Número	Departam	Interior	Manzana	N° Lote	N° Km	N° Block	N° Etapa
Nombre Zona (Especificar AAHH, Urb, comunidad)		Departamento	Provincia	Distrito		Referencia				

III.- SOLICITUD DE DERECHO ESPECIAL DE COBERTURA POR DESEMPLEO (LATENCIA)

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE ENTIDAD EMPLEADORA (última)	RUC / NCO / CIE	FECHA DE CESE O SUSPENSIÓN (DD/MM/AAAA)
--	-----------------	--

IV.- SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS

Pago Directo Reembolso

Asegurado Titular con vínculo laboral a la fecha de la contingencia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	TIPO DE TRÁMITE <input type="checkbox"/> Lactancia <input type="checkbox"/> Sepelio <input type="checkbox"/> Maternidad <input type="checkbox"/> Incapacidad			
Solicitante o Beneficiario (Apellidos y nombres o razón social)	Documento de Identificación del Solicitante o Beneficiario Número <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> RUC	TELÉFONO		
CORREO ELECTRÓNICO DEL SOLICITANTE O BENEFICIARIO	FECHA DE INICIO: (DD/MM/AAAA)	FECHA DE FIN: (DD/MM/AAAA)	DÍAS SUBSIDIADOS DD	MONTO A SUBSIDIAR

DECLARACIÓN JURADA:

El (los) firmante (s) declara(n) bajo juramento, que la información consignada y la documentación que se adjunta a la presente declaración es verdadera, no es adulterada, sujeta al principio de veracidad y fiscalización posterior establecida en la Ley N° 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General.

Tratándose de afiliación al Seguro de Salud Agrario Independiente, declara(n) que desarrolla(n) actividades de cultivo, crianza avícola, acuícola y/o agroindustria y los ingresos netos por otras actividades no superan el 20% de ingreso neto anual proyectado que asciende a S/.....

Asimismo, tiene conocimiento que de comprobarse falsedad en la declaración, información o documentación presentada, se encuentra obligado(a) a resarcir los daños ocasionados, así como a asumir la responsabilidad penal a que hubiere lugar.

Igualmente, autoriza(n) que las notificaciones de actos administrativos se remitan a los correos electrónicos consignados en el presente formulario. SI NO

La firma del solicitante: <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Cónyuge/ Concubino(a) <input type="checkbox"/> Padre/ Madre no asegurado(a) <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Curador	USO DE ESSALUD - REFRENDO				
Firma y sello del empleador o Firma del Declarante o Solicitante	Firma y sello de EsSalud				
<table border="1"> <tr> <td>Tp Dc Id</td> <td>Nro documento identidad</td> <td>Tp Dc Id</td> <td>Nro documento identidad</td> </tr> </table>	Tp Dc Id	Nro documento identidad	Tp Dc Id	Nro documento identidad	NIT
Tp Dc Id	Nro documento identidad	Tp Dc Id	Nro documento identidad		
	N° Exped.				

DE USO DE ESSALUD

MADRE GESTANTE H.EXTRAMATRIMONIAL	FECHA PROBABLE DEL PARTO (DD/MM/AAAA)	NEONATO	VIGENCIA HASTA (DD/MM/AAAA)	FECHA DE PAGO DEL SUBSIDIO	(DD/MM/AAAA)	
HIJO MAYOR INCAPACITADO	INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PARA EL TRABAJO <input type="checkbox"/> Definitiva <input type="checkbox"/> Provisional	PERÍODO DE COBERTURA	VIGENCIA HASTA (DD/MM/AAAA)	MOTIVO DE BAJA	TIPO	FECHA (DESDE): (DD/MM/AAAA)

Instrucciones para llenar el Formulario 1010

¿Cuándo utilizar el Formulario 1010?

El Formulario Único Seguros y Prestaciones Económicas (Formulario 1010) será utilizado para el registro de asegurados titulares y derechohabientes (inscripción, actualización y/o modificación de datos y baja) de los diferentes seguros que administra EsSalud, así como para solicitar el derecho especial de cobertura por desempleo (Latencia). Asimismo, el formulario lo utilizará para solicitar el pago directo de prestaciones económicas de Lactancia, Sepelio, Maternidad o Incapacidad, así como los reembolsos de las prestaciones económicas de maternidad o incapacidad de corresponder.

DISTRIBUCIÓN GRATUITA - PROHIBIDA SU VENTA

FORMULARIO ÚNICO
SEGUROS Y PRESTACIONES ECONÓMICAS

Tipo de Seguro (Llenado por EsSalud) Nº Folio EsSalud (Llenado por EsSalud)

<p>Marcar tipo de documento del asegurado titular</p> <p>Marcar tipo de documento del empleador</p> <p>Marcar tipo de registro a realizar (Alta o Baja o Actualización) Simultáneamente puede presentar solicitud de prestaciones económicas utilizando el Rubro III del formulario</p> <p>Marcar la condición del vínculo con relación al asegurado titular</p> <p>Marcar el género de persona a registrar (Femenino = F o Masculino = M)</p> <p>Consignar tipo de zona urbanización, unidad vecinal, conjunto habitacional, cooperativa, residencial, comunidad etc</p> <p>Consignar Razón Social y RUC para solicitar Cobertura por Desempleo</p> <p>Consignar fecha de cese en caso de fin de vínculo laboral o fecha de inicio de licencia sin goce de haber en caso de suspensión perfecta de labores.</p> <p>Consignar datos del beneficiario o solicitante. En caso de solicitar lactancia consignar el nombre de la madre y de sepelio consignar nombre de la persona que realizó el pago de sepelio o gastos funerarios</p> <p>Consignar monto de ingreso neto proyectado si realiza la afiliación al Seguro de Salud Agrario Independiente</p> <p>Consignar tipo de vínculo o relación de persona que solicita el procedimiento administrativo con el asegurado titular</p> <p>Solo es obligatorio la firma de la entidad empleadora para solicitudes de subsidio de Maternidad e Incapacidad.</p> <p>Consignar tipo de documento DNI, CE o Pasaporte</p> <p>Consignar firma del declarante del registro o solicitante de la prestación económica</p> <p>Casilleros para ser llenado por personal de ESSALUD</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>I.- INFORMACIÓN DE ASEGURADO TITULAR</p> <p> <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CARNET EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/> PASAPORTE Número: _____ </p> <p> <input type="checkbox"/> RUC <input type="checkbox"/> NCO (Nº CORREL DE ORG) <input type="checkbox"/> CIE (COD INSC EMPLEADOR TH) Número: _____ </p> <p>II.- SOLICITUD DE REGISTRO Titular <input type="checkbox"/> Derechohabiente <input type="checkbox"/></p> <p> TIPO DE REGISTRO <input type="checkbox"/> ALTA (INSCRIPCIÓN) <input type="checkbox"/> CAMBIOS (ACTUALIZACIÓN) <input type="checkbox"/> BAJA (CESE / DESAFILIACIÓN) </p> <p style="font-size: small;">(Llenar sólo para registro de derechohabientes)</p> <p> DATOS DE LA PERSONA A REGISTRAR <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> ACTA DE NACIMIENTO <input type="checkbox"/> CARNET EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/> PASAPORTE Número: _____ </p> <p> TIPO DE VÍNCULO CON EL ASEGURADO TITULAR <input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> CONCUBINO <input type="checkbox"/> HIJO MAYOR INCAPACITADO <input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> MADRE GESTANTE H. EXTRAMATRIMONIAL </p> <p> Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____ Apellido casada: _____ Nombre (s): _____ </p> <p> Género: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) Fecha nacimiento: (DD/MM/AAAA) N° Teléfono o Celular: _____ Correo electrónico: _____ </p> <p> Consignar estado civil de persona a registrar Consignar fecha de nacimiento de la persona a registrar Consignar preferencia el número teléfono de casa o número celular de la persona a registrar </p> <p style="text-align: center; font-size: small;">DIRECCIÓN (Opcional, cuando es diferente a la dirección de RENIEC o por Actualización)</p> <p> Nombre vía (Especificar calle, jirón, avenida, etc): _____ Número: _____ Departam: _____ Interior: _____ Manzana: _____ N° Lote: _____ N° Km: _____ N° Block: _____ N° Etapa: _____ </p> <p> Nombre Zona (Especificar AAHH, Urb, comunidad): _____ Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____ Referencia: _____ </p> <p>III.- SOLICITUD DE DERECHO ESPECIAL DE COBERTURA POR DESEMPLEO (LATENCIA)</p> <p> NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE ENTIDAD EMPLEADORA (última): _____ RUC / NCO / CIE: _____ FECHA DE CESE O SUSPENSIÓN (DD/MM/AAAA): _____ </p> <p>III.- SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS <input type="checkbox"/> Pago Directo <input type="checkbox"/> Reembolso</p> <p> Asegurado Titular con vínculo laboral a la fecha de la contingencia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO TIPO DE TRAMITE <input type="checkbox"/> Lactancia <input type="checkbox"/> Sepelio <input type="checkbox"/> Maternidad <input type="checkbox"/> Incapacidad </p> <p> Solicitante o Beneficiario(Apellidos y nombres o razón social): _____ Documento de Identificación del Solicitante o Beneficiario: _____ TELÉ FONO: _____ </p> <p> CORREO ELECTRÓNICO DEL SOLICITANTE O BENEFICIARIO: _____ FECHA DE INICIO (DD/MM/AAAA): _____ FECHA DE FIN (DD/MM/AAAA): _____ DÍAS SUBSIDIADOS: DD MONTO A SUBSIDIAR: _____ </p> <p> DECLARACIÓN JURADA. El/los firmante(s) declaro(n) bajo juramento, que la información consignada y la documentación que se adjunta a la presente declaración es verdadera, no es adulterada, sujeta al principio de veracidad y fiscalización posterior establecida en la Ley N.27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General. Tratándose de afiliación al Seguro de Salud Agrario Independiente, declaro que desarrollo(n) actividades de cultivo, crianza avícola, acuicultura y/o agroindustria y los ingresos netos por otras actividades no superan el 20% de ingreso neto anual proyectado que asciende a S/_____. Asimismo, tiene conocimiento que de comprobarse falsedad en la declaración, información o documentación presentada, se encuentra obligado (a) a resarcir los daños ocasionados, así como a asumir la responsabilidad penal a que hubiere lugar. Igualmente, autorizo que las notificaciones de actos administrativos se remitan a los correos electrónicos consignados en el presente formulario. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO </p> <p> La firma del solicitante <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Cónyuge / Concubino (a) <input type="checkbox"/> Padre / Madre no asegurado (a) <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Curador </p> <p style="text-align: right;">REFERENDO</p> <p style="text-align: center;">_____ Firma y sellado de EsSalud</p> <p> Firma y sello del empleador Firma del Declarante o Solicitante </p> <p> Tp Dc Id Nro documento entidad Tp Dc Id Nro documento identidad </p> <p style="text-align: right;">NIT</p> <p style="text-align: right;">N° Exped</p> <p style="text-align: center;">DE USO DE ESSALUD</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: small;"> <tr> <td style="width: 25%;">MADRE GESTANTE H. EXTRAMATRIMONIAL</td> <td style="width: 25%;">FECHA PROBABLE DEL PARTO (DD/MM/AAAA)</td> <td style="width: 25%;">NEONATO</td> <td style="width: 25%;">VIGENCIA HASTA (DD/MM/AAAA)</td> <td style="width: 25%;">FECHA DE PAGO DEL SUBSIDIO (DD/MM/AAAA)</td> </tr> <tr> <td>HIJO MAYOR INCAPACITADO</td> <td>INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PARA EL TRABAJO <input type="checkbox"/> Definitiva <input type="checkbox"/> Provisional</td> <td>PERIODO DE COBERTURA</td> <td>VIGENCIA HASTA (DD/MM/AAAA)</td> <td>MOTIVO DE BAJA</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td>TIPO</td> <td>FECHA (DESDE): (DD/MM/AAAA)</td> </tr> </table> </div>	MADRE GESTANTE H. EXTRAMATRIMONIAL	FECHA PROBABLE DEL PARTO (DD/MM/AAAA)	NEONATO	VIGENCIA HASTA (DD/MM/AAAA)	FECHA DE PAGO DEL SUBSIDIO (DD/MM/AAAA)	HIJO MAYOR INCAPACITADO	INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PARA EL TRABAJO <input type="checkbox"/> Definitiva <input type="checkbox"/> Provisional	PERIODO DE COBERTURA	VIGENCIA HASTA (DD/MM/AAAA)	MOTIVO DE BAJA				TIPO	FECHA (DESDE): (DD/MM/AAAA)	<p>Casilleros para ser llenado por personal de ESSALUD</p> <p>Consignar número de documento de identidad del asegurado titular</p> <p>Consignar número de documento de identidad de la entidad empleadora. En caso de Solicitud de Latencia no llenar campo.</p> <p>Marcar tipo de documento de la persona a registrar De ser el mismo asegurado titular no llenar estos datos</p> <p>Consignar número de documento de identidad de la persona a registrar</p> <p>Consignar correo electrónico de la persona a registrar</p> <p>Consignar domicilio del asegurado a registrar en caso es diferente a dirección consignada en DNI</p> <p>Indicar una referencia para ubicar la dirección</p> <p>Marcar la forma de prestaciones económicas de pago directo cuando el pago del monto de la prestación económica sea realizada directamente por ESSALUD al asegurado o beneficiario (Lactancia, Sepelio o por incapacidad temporal o maternidad definidos por Ley o Acuerdo de Consejo Directivo). Asimismo, marcar Reembolso cuando ESSALUD reembolse al empleador por el monto del subsidio por incapacidad temporal o maternidad que ha sido abonado al trabajador en forma oportuna en sus remuneraciones o ingresos</p> <p>Marcar el tipo de trámite; en caso de incapacidad y maternidad consignar los casilleros fecha de inicio, fecha de fin, días subsidiados y el monto del subsidio</p> <p>Marcar "SI" para autorizar a ESSALUD el envío de notificaciones de los actos administrativos a través de los correos electrónicos consignados en el presente formulario</p> <p>El personal de ESSALUD consignará fecha de pago de subsidio para ser cobrado en entidad bancaria indicada por la Institución</p>
MADRE GESTANTE H. EXTRAMATRIMONIAL	FECHA PROBABLE DEL PARTO (DD/MM/AAAA)	NEONATO	VIGENCIA HASTA (DD/MM/AAAA)	FECHA DE PAGO DEL SUBSIDIO (DD/MM/AAAA)													
HIJO MAYOR INCAPACITADO	INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PARA EL TRABAJO <input type="checkbox"/> Definitiva <input type="checkbox"/> Provisional	PERIODO DE COBERTURA	VIGENCIA HASTA (DD/MM/AAAA)	MOTIVO DE BAJA													
			TIPO	FECHA (DESDE): (DD/MM/AAAA)													

Importante

- Consignar los datos de las personas según Documento de Identidad correspondiente. La firma del representante legal o funcionario autorizado de la Entidad Empleadora debe ser idéntica a la consignada en su DNI - RENIEC
- No consignar información en los recuadros de "USO ESSALUD".
- Llenar el Formulario con letra IMPRENTA y LEGIBLE.
- No se aceptan BORRONES NI ENMENDADURAS.
- En casos de prestaciones económicas, confirmar el pago con el BBVA al Teléfono 5950000.



EsSalud
Formulario 1010
(versión 05)

FORMULARIO ÚNICO SEGUROS Y PRESTACIONES ECONÓMICAS

Tipo de Seguro
(Llenado por EsSalud)

N° Folio EsSalud
(Llenado por EsSalud)

I.- INFORMACIÓN DE ASEGURADO TITULAR

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CARNET EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/> PASAPORTE	Número
DATOS DEL EMPLEADOR: <input type="checkbox"/> RUC <input type="checkbox"/> NCO (N° CORREL DE ORG) <input type="checkbox"/> CIE (COD INSC EMPLEADOR TH)	Número

II.- SOLICITUD DE REGISTRO

Titular Derechohabiente

TIPO DE REGISTRO <input type="checkbox"/> ALTA (INSCRIPCIÓN) <input type="checkbox"/> CAMBIO (ACTUALIZACIÓN) <input type="checkbox"/> BAJA (CESE / DESAFILIACIÓN)	Número									
DATOS DE LA PERSONA A REGISTRAR (Llenar sólo para registro de derechohabientes) <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> ACTA DE NACIMIENTO <input type="checkbox"/> CARNET EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/> PASAPORTE	Número									
TIPO DE VÍNCULO CON EL ASEGURADO TITULAR <input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> CONCUBINO <input type="checkbox"/> HIJO MAYOR INCAPACITADO <input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> MADRE GESTANTE H.EXTRAMATRIMONIAL										
Primer apellido	Segundo apellido	Apellido casada	Nombre(s)							
Género <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a)	Fecha nacimiento (DD/MM/AAAA)	N° Teléfono o Celular	Correo electrónico						
DIRECCIÓN (Opcional, cuando es diferente a la dirección de RENIEC o por Actualización)										
Nombre vía (Especificar calle, jirón, avenida, etc)			Número	Departam	Interior	Manzana	N° Lote	N° Km	N° Block	N° Etapa
Nombre Zona (Especificar AAHH, Urb, comunidad)		Departamento	Provincia	Distrito		Referencia				

III.- SOLICITUD DE DERECHO ESPECIAL DE COBERTURA POR DESEMPLEO (LATENCIA)

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE ENTIDAD EMPLEADORA (última)	RUC / NCO / CIE	FECHA DE CESE O SUSPENSIÓN (DD/MM/AAAA)
--	-----------------	--

IV.- SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS

Pago Directo Reembolso

Asegurado Titular con vínculo laboral a la fecha de la contingencia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	TIPO DE TRÁMITE <input type="checkbox"/> Lactancia <input type="checkbox"/> Sepelio <input type="checkbox"/> Maternidad <input type="checkbox"/> Incapacidad			
Solicitante o Beneficiario (Apellidos y nombres o razón social)	Documento de Identificación del Solicitante o Beneficiario Número <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> RUC	TELÉFONO		
CORREO ELECTRÓNICO DEL SOLICITANTE O BENEFICIARIO	FECHA DE INICIO: (DD/MM/AAAA)	FECHA DE FIN: (DD/MM/AAAA)	DÍAS SUBSIDIADOS DD	MONTO A SUBSIDIAR

DECLARACIÓN JURADA:

El (los) firmante (s) declara(n) bajo juramento, que la información consignada y la documentación que se adjunta a la presente declaración es verdadera, no es adulterada, sujeta al principio de veracidad y fiscalización posterior establecida en la Ley N° 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General.

Tratándose de afiliación al Seguro de Salud Agrario Independiente, declara(n) que desarrolla(n) actividades de cultivo, crianza avícola, acuícola y/o agroindustria y los ingresos netos por otras actividades no superan el 20% de ingreso neto anual proyectado que asciende a \$/_____.

Asimismo, tiene conocimiento que de comprobarse falsedad en la declaración, información o documentación presentada, se encuentra obligado(a) a resarcir los daños ocasionados, así como a asumir la responsabilidad penal a que hubiere lugar.

Igualmente, autoriza(n) que las notificaciones de actos administrativos se remitan a los correos electrónicos consignados en el presente formulario. SI NO

La firma del solicitante: <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Cónyuge/ Concubino(a) <input type="checkbox"/> Padre/ Madre no asegurado(a) <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Curador	USO DE ESSALUD - REFRENDO				
Firma y sello del empleador o Firma del Declarante o Solicitante	Firma y sello de EsSalud				
<table border="1"> <tr> <td>Tp Dc Id</td> <td>Nro documento identidad</td> <td>Tp Dc Id</td> <td>Nro documento identidad</td> </tr> </table>	Tp Dc Id	Nro documento identidad	Tp Dc Id	Nro documento identidad	NIT
Tp Dc Id	Nro documento identidad	Tp Dc Id	Nro documento identidad		
	N° Exped.				

DE USO DE ESSALUD

MADRE GESTANTE H.EXTRAMATRIMONIAL	FECHA PROBABLE DEL PARTO (DD/MM/AAAA)	NEONATO	VIGENCIA HASTA (DD/MM/AAAA)	FECHA DE PAGO DEL SUBSIDIO	(DD/MM/AAAA)	
HIJO MAYOR INCAPACITADO	INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PARA EL TRABAJO <input type="checkbox"/> Definitiva <input type="checkbox"/> Provisional	PERÍODO DE COBERTURA	VIGENCIA HASTA (DD/MM/AAAA)	MOTIVO DE BAJA	TIPO	FECHA (DESDE): (DD/MM/AAAA)



EsSalud
Formulario 1010
(versión 05)

FORMULARIO ÚNICO SEGUROS Y PRESTACIONES ECONÓMICAS

Tipo de Seguro
(Llenado por EsSalud)

N° Folio EsSalud
(Llenado por EsSalud)

I.- INFORMACIÓN DE ASEGURADO TITULAR

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CARNET EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/> PASAPORTE	Número
DATOS DEL EMPLEADOR: <input type="checkbox"/> RUC <input type="checkbox"/> NCO (N° CORREL DE ORG) <input type="checkbox"/> CIE (COD INSC EMPLEADOR TH)	Número

II.- SOLICITUD DE REGISTRO

Titular Derechohabiente

TIPO DE REGISTRO <input type="checkbox"/> ALTA (INSCRIPCIÓN) <input type="checkbox"/> CAMBIO (ACTUALIZACIÓN) <input type="checkbox"/> BAJA (CESE / DESAFILIACIÓN)	Número								
DATOS DE LA PERSONA A REGISTRAR <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> ACTA DE NACIMIENTO <input type="checkbox"/> CARNET EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/> PASAPORTE	Número								
TIPO DE VÍNCULO CON EL ASEGURADO TITULAR <input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> CONCUBINO <input type="checkbox"/> HIJO MAYOR INCAPACITADO <input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> MADRE GESTANTE H.EXTRAMATRIMONIAL									
Primer apellido	Segundo apellido	Apellido casada	Nombre(s)						
Género <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a)	Fecha nacimiento (DD/MM/AAAA)	N° Teléfono o Celular	Correo electrónico					
DIRECCIÓN (Opcional, cuando es diferente a la dirección de RENIEC o por Actualización)									
Nombre vía (Especificar calle, jirón, avenida, etc)		Número	Departam	Interior	Manzana	N° Lote	N° Km	N° Block	N° Etapa
Nombre Zona (Especificar AAHH, Urb, comunidad)		Departamento	Provincia	Distrito		Referencia			

III.- SOLICITUD DE DERECHO ESPECIAL DE COBERTURA POR DESEMPLEO (LATENCIA)

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE ENTIDAD EMPLEADORA (última)	RUC / NCO / CIE	FECHA DE CESE O SUSPENSIÓN (DD/MM/AAAA)
--	-----------------	--

IV.- SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS

Pago Directo Reembolso

Asegurado Titular con vínculo laboral a la fecha de la contingencia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	TIPO DE TRÁMITE <input type="checkbox"/> Lactancia <input type="checkbox"/> Sepelio <input type="checkbox"/> Maternidad <input type="checkbox"/> Incapacidad			
Solicitante o Beneficiario (Apellidos y nombres o razón social)	Documento de Identificación del Solicitante o Beneficiario Número <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> RUC	TELÉFONO		
CORREO ELECTRÓNICO DEL SOLICITANTE O BENEFICIARIO	FECHA DE INICIO: (DD/MM/AAAA)	FECHA DE FIN: (DD/MM/AAAA)	DÍAS SUBSIDIADOS DD	MONTO A SUBSIDIAR

DECLARACIÓN JURADA:

El (los) firmante (s) declara(n) bajo juramento, que la información consignada y la documentación que se adjunta a la presente declaración es verdadera, no es adulterada, sujeta al principio de veracidad y fiscalización posterior establecida en la Ley N° 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General.

Tratándose de afiliación al Seguro de Salud Agrario Independiente, declara(n) que desarrolla(n) actividades de cultivo, crianza avícola, acuícola y/o agroindustria y los ingresos netos por otras actividades no superan el 20% de ingreso neto anual proyectado que asciende a S/.....

Asimismo, tiene conocimiento que de comprobarse falsedad en la declaración, información o documentación presentada, se encuentra obligado(a) a resarcir los daños ocasionados, así como a asumir la responsabilidad penal a que hubiere lugar.

Igualmente, autoriza(n) que las notificaciones de actos administrativos se remitan a los correos electrónicos consignados en el presente formulario. SI NO

La firma del solicitante: <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Cónyuge/ Concubino(a) <input type="checkbox"/> Padre/ Madre no asegurado(a) <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Curador	USO DE ESSALUD - REFRENDO				
Firma y sello del empleador o Firma del Declarante o Solicitante	Firma y sello de EsSalud				
<table border="1"> <tr> <td>Tp Dc Id</td> <td>Nro documento identidad</td> <td>Tp Dc Id</td> <td>Nro documento identidad</td> </tr> </table>	Tp Dc Id	Nro documento identidad	Tp Dc Id	Nro documento identidad	NIT
Tp Dc Id	Nro documento identidad	Tp Dc Id	Nro documento identidad		
	N° Exped.				

DE USO DE ESSALUD

MADRE GESTANTE H.EXTRAMATRIMONIAL	FECHA PROBABLE DEL PARTO (DD/MM/AAAA)	NEONATO	VIGENCIA HASTA (DD/MM/AAAA)	FECHA DE PAGO DEL SUBSIDIO	(DD/MM/AAAA)	
HIJO MAYOR INCAPACITADO	INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PARA EL TRABAJO <input type="checkbox"/> Definitiva <input type="checkbox"/> Provisional	PERÍODO DE COBERTURA	VIGENCIA HASTA (DD/MM/AAAA)	MOTIVO DE BAJA	TIPO	FECHA (DESDE): (DD/MM/AAAA)

USUARIO