EsSalud
Seguridad Social para todos

+Seguro

SOLICITUD DE CAMBIO DE ADSCRIPCIÓN DEPARTAMENTAL

(VERSIÓN: 01)

I. DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

Nº AUTOGENERADO ESSALUD															

APELLIDOS Y NOMBRES DEL DERECHOHABIENTE

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	EDAD	VÍNCULO

SOLICITA ATENCIÓN: ☐ TITULAR ☐ DERECHOHABIENTE | DEBIDO A: ☐ CONDICIÓN DE TRABAJO ☐ RESIDENCIAL HABITUAL

INDIQUE DOMICILIO

TIPO VÍA (VER TABLA Nº 8)		Nº	Dpto.	Interior	Manzana	Nº Lote	Nº Km	Nº Block	Nº Etapa
CÓD.	NOMBRE								

TIPO ZONA (VER TABLA Nº 9)		REFERENCIA PRINCIPAL	REFERENCIA SECUNDARIA
CÓD.	NOMBRE		

DEPARTAMENTO	PROVINCIA	DISTRITO

1

DATOS DEL EMPLEADOR

RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR	Nº DE RUC

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR

FIRMA DEL ASEGURADO
Tipo y número doc. de ident.

DE **DE 20**

INDIQUE LAS CUATRO ÚLTIMAS APORTACIONES A ESSALUD:

MES DE APORTACIÓN	MONTO	FECHA DE PAGO

2

DE LA INSCRIPCIÓN AL CENTRO ASISTENCIAL

EL SOLICITANTE SERÁ ADSCRITO POR EL CENTRO ASISTENCIAL | **CON CÓDIGO**
LLENAR SÓLO EN CASO DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO

DE LA RED ASISTENCIAL _____ DEBIENDO ACERCARSE A LA OFICINA DE ADMISIÓN DE DICHO ESTABLECIMIENTO O DE AQUÉL QUE ESTÉ MÁS PRÓXIMO A LA DIRECCIÓN INDICADA EN EL RECUADRO 1 (UNO), PORTANDO ESTE DOCUMENTO Y:

CREDENCIAL DE DERECHO VIGENTE ☐ **C.I.F.** ☐ **Documento de Identidad (DNI o CE o Pasaporte)** ☐

(INDIQUE LOS DOCUMENTOS QUE DEBERÁ PORTAR EL ASEGURADO O BENEFICIARIO)

3

JEFE DE ASEGURAMIENTO

(JEFE DE LA OFICINA / JEFE DE AGENCIA)

EL JEFE DE LA OFICINA DE ASEGURAMIENTO _____ CERTIFICA HABER VERIFICADO LAS APORTACIONES INDICADAS POR EL EMPLEADOR, ENCONTRÁNDOSE CONFORME PARA QUE EL ASEGURADO O SUS BENEFICIARIOS PUEDAN SOLICITAR LAS PRESTACIONES ASISTENCIALES A QUE TIENEN DERECHO.

4 FIRMA Y SELLO DE JEFE DE ASEGURAMIENTO DE DE 201

ESSALUD

EsSalud
Seguridad Social para todos

+Seguro

SOLICITUD DE CAMBIO DE ADSCRIPCIÓN DEPARTAMENTAL

(VERSIÓN: 01)

I. DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

Nº AUTOGENERADO ESSALUD															

APELLIDOS Y NOMBRES DEL DERECHOHABIENTE

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	EDAD	VÍNCULO

SOLICITA ATENCIÓN: ☐ TITULAR ☐ DERECHOHABIENTE | DEBIDO A: ☐ CONDICIÓN DE TRABAJO ☐ RESIDENCIAL HABITUAL

INDIQUE DOMICILIO

TIPO VÍA (VER TABLA Nº 8)		Nº	Dpto.	Interior	Manzana	Nº Lote	Nº Km	Nº Block	Nº Etapa
CÓD.	NOMBRE								

TIPO ZONA (VER TABLA Nº 9)		REFERENCIA PRINCIPAL	REFERENCIA SECUNDARIA
CÓD.	NOMBRE		

DEPARTAMENTO	PROVINCIA	DISTRITO

1

DATOS DEL EMPLEADOR

RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR	Nº DE RUC

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR

FIRMA DEL ASEGURADO
Tipo y número doc. de ident.

DE **DE 20**

INDIQUE LAS CUATRO ÚLTIMAS APORTACIONES A ESSALUD:

MES DE APORTACIÓN	MONTO	FECHA DE PAGO

2

DE LA INSCRIPCIÓN AL CENTRO ASISTENCIAL

EL SOLICITANTE SERÁ ADSCRITO POR EL CENTRO ASISTENCIAL | **CON CÓDIGO**
LLENAR SÓLO EN CASO DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO

DE LA RED ASISTENCIAL _____ DEBIENDO ACERCARSE A LA OFICINA DE ADMISIÓN DE DICHO ESTABLECIMIENTO O DE AQUÉL QUE ESTÉ MÁS PRÓXIMO A LA DIRECCIÓN INDICADA EN EL RECUADRO 1 (UNO), PORTANDO ESTE DOCUMENTO Y:

CREDENCIAL DE DERECHO VIGENTE ☐ **C.I.F.** ☐ **Documento de Identidad (DNI o CE o Pasaporte)** ☐

(INDIQUE LOS DOCUMENTOS QUE DEBERÁ PORTAR EL ASEGURADO O BENEFICIARIO)

3

JEFE DE ASEGURAMIENTO

(JEFE DE LA OFICINA / JEFE DE AGENCIA)

EL JEFE DE LA OFICINA DE ASEGURAMIENTO _____ CERTIFICA HABER VERIFICADO LAS APORTACIONES INDICADAS POR EL EMPLEADOR, ENCONTRÁNDOSE CONFORME PARA QUE EL ASEGURADO O SUS BENEFICIARIOS PUEDAN SOLICITAR LAS PRESTACIONES ASISTENCIALES A QUE TIENEN DERECHO.

4 FIRMA Y SELLO DE JEFE DE ASEGURAMIENTO DE DE 201

USUARIO