EsSalud

FORMULARIO ÚNICO DE SEGUROS

Formulario 1010
(versión 06)

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ☐ DNI ☐ C.E. ☐ OTRO (Especificar) _____ | NÚMERO

PROCEDIMIENTO DE:
(SOLO PARA DERECHOHABIENTES)

☐ **INSCRIPCIÓN** ☐ **BAJA POR DESAFILIACIÓN** ☐ **MODIF. DATOS (ACTUALIZACIÓN)**
☐ **BAJA POR DEFUNCIÓN**

APELLIDOS Y NOMBRES DEL DERECHOHABIENTE (Conforme a su documento de identidad)

_____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ☐ DNI ☐ C.E. ☐ OTRO (Especificar) _____ | NÚMERO

RELACIÓN CON EL TITULAR:

☐ Cónyuge ☐ Concubino(a) ☐ Hijo menor de edad ☐ Hijo mayor de edad incapacitado total y permanente para el trabajo ☐ Madre gestante de hijo extramatrimonial

PROCEDIMIENTO DE ADSCRIPCIÓN TEMPORAL:
(PARA TITULARES Y DERECHOHABIENTES)

Nueva dirección: _____

_____

Periodo: Desde: DD / MM / AAAA
Hasta: DD / MM / AAAA

Departamento	Provincia	Distrito

APELLIDOS Y NOMBRES DEL DERECHOHABIENTE (Conforme a su documento de identidad)

_____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ☐ DNI ☐ C.E. ☐ OTRO (Especificar) _____ | NÚMERO

RELACIÓN CON EL TITULAR:

☐ Cónyuge ☐ Concubino(a) ☐ Hijo menor de edad ☐ Hijo mayor de edad incapacitado total y permanente para el trabajo ☐ Madre gestante de hijo extramatrimonial

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.

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 hubiera lugar.

Igualmente, autoriza(n) que las notificaciones de actos administrativos, se remitan al correo electrónico declarado en el presente formulario.

☐ SÍ ☐ NO

APELLIDOS Y NOMBRES DEL DECLARANTE:

_____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ☐ DNI ☐ C.E. ☐ OTRO (Especificar) _____ | NÚMERO

☐ Titular ☐ Cónyuge ☐ Concubino(a) ☐ Padre/Madre no asegurado ☐ Tutor ☐ Curador

Teléfono fijo o celular	Correo electrónico

_____
Firma del Declarante

_____
Firma y Sello del Representante Legal de la Entidad Empleadora
(Sólo para casos de cambio de adscripción temporal por motivos temporales)

_____
Firma y Sello de EsSalud

ESSALUD

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO 1010

¿Cuándo utilizar el formulario 1010?

Este formulario será utilizado para solicitar la inscripción, baja y/o modificación de datos de derechohabientes, así como para solicitar el cambio de adscripción temporal del asegurado titular o derechohabiente.

Si el procedimiento a realizar es inscripción, baja (por desafiliación o defunción) o modificación de datos **de un derechohabiente,** marque con X el procedimiento y complete los datos del derechohabiente indicados en esta sección.

Si el procedimiento a realizar es el cambio de adscripción temporal de un asegurado **titular o derechohabiente** complete los datos indicados en esta sección.

El Declarante es quien solicita la realización del procedimiento, pudiendo ser: el asegurado titular, su cónyuge o concubino(a), padre o madre no asegurada del hijo de asegurado titular, tutor o curador de hijo de asegurado titular.

El declarante debe completar los datos solicitados en todos los casos.

La firma y sello del representante legal o funcionario autorizado de la entidad empleadora, solo es necesaria para el procedimiento de **adscripción temporal del asegurado titular.**

EsSalud

FORMULARIO ÚNICO DE SEGUROS

Formulario 1010 (versión 06)

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ☐ DNI ☐ C.E. ☐ OTRO (Especificar) _____ | NÚMERO

Documento de identidad del **asegurado titular.** Marcar con X el tipo y señalar el número. Completar los datos en todos los casos.

PROCEDIMIENTO DE: (SOLO PARA DERECHOHABIENTES) ☐ **INSCRIPCIÓN** ☐ **BAJA POR DESAFILIACIÓN** ☐ **MODIF. DATOS (ACTUALIZACIÓN)** ☐ **BAJA POR DEFUNCIÓN**

APELLIDOS Y NOMBRES DEL DERECHOHABIENTE (Conforme a su documento de identidad)

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ☐ DNI ☐ C.E. ☐ OTRO (Especificar) _____ | NÚMERO

RELACIÓN CON EL TITULAR:
☐ Cónyuge ☐ Concubino(a) ☐ Hijo menor de edad ☐ Hijo mayor de edad incapacitado total y permanente para el trabajo ☐ Madre gestante de hijo extramatrimonial

Marcar con X el tipo de relación o vínculo del derechohabiente con el asegurado titular.

PROCEDIMIENTO DE ADSCRIPCIÓN TEMPORAL:
(PARA TITULARES Y DERECHOHABIENTES)

Nueva dirección: _____ | Periodo: Desde: DD / MM / AAAA Hasta: DD / MM / AAAA

Departamento | Provincia | Distrito

Consignar el periodo del desplazamiento temporal. Tiempo máximo: 6 meses en **un año calendario** por motivos no laborales.

APELLIDOS Y NOMBRES DEL DERECHOHABIENTE (Conforme a su documento de identidad)

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ☐ DNI ☐ C.E. ☐ OTRO (Especificar) _____ | NÚMERO

RELACIÓN CON EL TITULAR:
☐ Cónyuge ☐ Concubino(a) ☐ Hijo menor de edad ☐ Hijo mayor de edad incapacitado total y permanente para el trabajo ☐ Madre gestante de hijo extramatrimonial

Llenar los datos sólo si el **cambio de adscripción** temporal es de un derechohabiente.

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.

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 hubiera lugar.

Igualmente, autoriza(n) que las notificaciones de actos administrativos, se remitan al correo electrónico declarado en el presente formulario.

☐ SÍ ☐ NO

APELLIDOS Y NOMBRES DEL DECLARANTE:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ☐ DNI ☐ C.E. ☐ OTRO (Especificar) _____ | NÚMERO

☐ Titular ☐ Cónyuge ☐ Concubino(a) ☐ Padre/Madre no asegurado ☐ Tutor ☐ Curador

Teléfono fijo o celular | Correo electrónico

Firma del Declarante

Firma y Sello del Representante Legal de la Entidad Empleadora
(Sólo para casos de cambio de adscripción temporal por motivos temporales)

Firma y Sello de EsSalud

USUARIO

IMPORTANTE

- Llenar el formulario con letra imprenta y legible.
- No se aceptan borrones ni enmendaduras.
- Consignar los datos de las personas de acuerdo a su documento de identidad. La firma debe ser idéntica a la consignada en el documento de identidad.