

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULARDOCUMENTO DE IDENTIDAD: DNI C.E. OTRO (Especificar) _____ NÚMERO _____**PROCEDIMIENTO DE:** INSCRIPCIÓN BAJA POR DESAFILIACIÓN MODIF. DATOS (ACTUALIZACIÓN)
(SOLO PARA DERECHOHABIENTES) BAJA POR DEFUNCIÓNAPELLIDOS 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**DECLARACION 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.

 SI NOAPELLIDOS Y NOMBRES DEL DECLARANTE:
-----DOCUMENTO DE IDENTIDAD NÚMERO
 DNI C.E. OTRO (Especificar) _____ 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 laborales)

Firma y Sello de EsSalud

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

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

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

DECLARACION 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.

SI NO

APELLIDOS Y NOMBRES DEL DECLARANTE:

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

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 laborales)

Firma y Sello de 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**.

		FORMULARIO ÚNICO DE SEGUROS		Formulario 1010 (versión 06)	
INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR					
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> OTRO (Especificar) _____				NÚMERO	
PROCEDIMIENTO DE: <input type="checkbox"/> INSCRIPCIÓN <input type="checkbox"/> BAJA POR DESAFILIACIÓN <input type="checkbox"/> MODIF. DATOS (ACTUALIZACIÓN) (SOLO PARA DERECHOHABIENTES) <input type="checkbox"/> BAJA POR DEFUNCIÓN					
APELLIDOS Y NOMBRES DEL DERECHOHABIENTE (Conforme a su documento de identidad)					
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> OTRO (Especificar) _____				NÚMERO	
RELACIÓN CON EL TITULAR: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Concubino(a) <input type="checkbox"/> Hijo menor de edad <input type="checkbox"/> Hijo mayor de edad incapacitado total y permanente para el trabajo <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> OTRO (Especificar) _____				NÚMERO	
RELACIÓN CON EL TITULAR: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Concubino(a) <input type="checkbox"/> Hijo menor de edad <input type="checkbox"/> Hijo mayor de edad incapacitado total y permanente para el trabajo <input type="checkbox"/> Madre gestante de hijo extramatrimonial					
DECLARACION 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.					
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
APELLIDOS Y NOMBRES DEL DECLARANTE:					
DOCUMENTO DE IDENTIDAD				NÚMERO	
<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> OTRO (Especificar) _____					
<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Concubino (a) <input type="checkbox"/> Padre/Madre no asegurado <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Curador					
Teléfono Fijo o Celular			Correo electrónico		
Firma del Declarante					
Firma y Sello del Representante Legal de la Entidad Empleadora (Solo para casos de cambio de adscripción temporal por motivos laborales)			Firma y Sello de EsSalud		

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

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

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

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

USUARIO

IMPORTANTE

- Llenar el formulario con letra impresa 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.