

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

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

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: <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					
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.					
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO					
APELLIDOS Y NOMBRES DEL DECLARANTE: _____					
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> OTRO (Especificar) _____				NÚMERO _____	
<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 (Sólo para casos de cambio de adscripción temporal por motivos temporales)			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 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.