

## 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

## 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.º 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  
(Solo 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

## 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.º 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  
(Solo 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**.

		<b>FORMULARIO ÚNICO DE SEGUROS</b>		Formulario 1010 (versión 06)	
<b>INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR</b>					
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> OTRO (Especificar) _____				NÚMERO	
<b>PROCEDIMIENTO DE:</b> <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					
<b>PROCEDIMIENTO DE ADSCRIPCIÓN TEMPORAL:</b> (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					
<b>DECLARACIÓN JURADA</b>					
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.º 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 (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 solo 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.