

**EsSalud**Formulario  
6011

USO ESSALUD

Lote      Folio

**REGISTRO DE BENEFICIARIOS****I. DATOS DE LA ENTIDAD EMPLEADORA / RESPONSABLE (LLENAR SOLO SI ES TRABAJADOR DEPENDIENTE)**

Nombre o Razón Social

**II. DATOS DEL ASEGURADO TITULAR**

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres

Documento de Identidad		Fecha de Nacimiento			Tipo de Afiliado a EsSalud	
Número		Día	Mes	Año	Regular	<input type="checkbox"/> Agrario <input type="checkbox"/>
DNI <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>				Pescador Artesa. Ind. <input type="checkbox"/>	Potestativo <input type="checkbox"/>
					Otros (Especificar) _____	

Correo Electrónico

Teléfono

**III. DATOS DEL CÓNYUGE O CONCUBINO(A)**

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres

**IV. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS**

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Parentesco	% Particip.

La información que el asegurado titular consigne en el presente documento tiene carácter de Declaración Jurada sujeta a las sanciones establecidas en la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General concordante con el Código Penal en sus artículos pertinentes.

Fecha presentación

Día	Mes	Año

Firma del Asegurado Titular

**IMPORTANTE**

- El Formulario 6011 debe ser presentado por el asegurado titular debidamente llenado sin borrones ni enmendaduras.
- La presentación del formulario se realizará en las Agencias u Oficinas de Aseguramiento de ESSALUD. Asimismo, en el caso de los formularios de trabajadores dependientes pueden ser presentados por la entidad empleadora (asistente social).
- El asegurado titular se quedará con la copia que le corresponde, la misma que contará con el sello de recepción de ESSALUD.
- Para informes y consultas, llame al 411-8000 - opción 3 o visítanos en [www.essalud.gob.pe](http://www.essalud.gob.pe)

ESSALUD

**EsSalud**Formulario  
6011

**vida**  
SEGURO DE ACCIDENTES

USO ESSALUD

Lote

Folio

**REGISTRO DE BENEFICIARIOS****I. DATOS DE LA ENTIDAD EMPLEADORA / RESPONSABLE (LLENAR SOLO SI ES TRABAJADOR DEPENDIENTE)**

Nombre o Razón Social

**II. DATOS DEL ASEGURADO TITULAR**

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres

Documento de Identidad	
Número	
DNI <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>

Fecha de Nacimiento		
Día	Mes	Año

Tipo de Afiliado a EsSalud	
Regular <input type="checkbox"/>	Agrario <input type="checkbox"/>
Pescador Artesa. Ind. <input type="checkbox"/>	Potestativo <input type="checkbox"/>
Otros (Especificar) _____	

Correo Electrónico

Teléfono

**III. DATOS DEL CÓNYUGE O CONCUBINO(A)**

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres

**IV. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS**

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Parentesco	% Particip.

La información que el asegurado titular consigne en el presente documento tiene carácter de Declaración Jurada sujeta a las sanciones establecidas en la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General concordante con el Código Penal en sus artículos pertinentes.

Fecha presentación		
Día	Mes	Año

Firma del Asegurado Titular

**IMPORTANTE**

- El Formulario 6011 debe ser presentado por el asegurado titular debidamente llenado sin borrones ni enmendaduras.
- La presentación del formulario se realizará en las Agencias u Oficinas de Aseguramiento de ESSALUD. Asimismo, en el caso de los formularios de trabajadores dependientes pueden ser presentados por la entidad empleadora (asistenta social).
- El asegurado titular se quedará con la copia que le corresponde, la misma que contará con el sello de recepción de ESSALUD.
- Para informes y consultas, llame al 411-8000 - opción 3 o visítanos en [www.essalud.gob.pe](http://www.essalud.gob.pe)

U  
S  
U  
A  
R  
I  
O