



SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DERECHO A PRESTACIONES SANITARIAS EN ESTANCIAS TEMPORALES EN ESPAÑA

02

FORMULARIO
WEB N°5

01

FORMULARIO
1055

03

Número de Página

 de **I. DATOS DEL ASEGURADO QUE SE DESPLAZA**

10	APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO			NOMBRES						
11	COD.	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD			12	FECHA DE NACIMIENTO	TA	13	TELEFONO	14	FECHA	15	INGRESO A LA EMPRESA
DOMICILIO													
16	NOMBRE DE VÍA				N°/MANZANA INT./LOTE				URBANIZACIÓN				
17	DPTO.	PROV.	DIST.	DEPARTAMENTO			PROVINCIA			DISTRITO			

II. DATOS DE LOS DERECHOHABIENTES QUE SE DESPLAZAN

20	COD.	N° DOC. IDENTIDAD	21	APELLIDO PATERNO	22	APELLIDO MATERNO	23	NOMBRES	24	RELACIÓN DE PARENTESCO

III. PERIODO DE DESPLAZAMIENTO

DESDE	_____	HASTA	_____
	día mes año		día mes año

IV. DATOS DE LA ENTIDAD EMPLEADORA

30	CÓDIGO DE LA ENTIDAD EMPLEADORA					31	NOMBRE O RAZON SOCIAL			32	TELEFONO
----	---------------------------------	--	--	--	--	----	-----------------------	--	--	----	----------

V. INFORMACIÓN DE DECLARACIÓN Y PAGO

40	PERIODOS LABORADOS O APORTADOS		41	N° DE ORDEN DE FORMATO	42	PERIODOS LABORADOS O APORTADOS		
	MES	AÑO				DIA	MES	AÑO

VI. DECLARACIÓN JURADA DE LA ENTIDAD EMPLEADORA (No aplicable a pensionistas)

Declaro bajo juramento que en el acto de firmar la presente solicitud, el asegurado mantiene vínculo laboral con la empresa. Asimismo declaro que los datos mencionados en la solicitud son verdaderos, sujetándome a la verificación posterior a y a las sanciones a que hubiere lugar.

FIRMA Y SELLO DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA ENTIDAD EMPLEADORA O FUNCIONARIO AUTORIZADO

FECHA

Observaciones : _____

IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA AUTORIZADA A PRESENTAR LA PRESENTE SOLICITUD	50
<p>_____ APELLIDOS Y NOMBRES</p> <p>_____ N° DOC. DE IDENTIDAD</p> <p>DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA PRESENTE SOLICITUD EXPRESA LA VERDAD</p> <p>_____ FIRMA DEL ASEGURADO O APODERADO</p>	<p>_____ FECHA DE RECEPCIÓN Y SELLO DEL ESSALUD</p>

EL RECUADRO SOMBRADO ES DE UTILIZACIÓN EXCLUSIVA DE ESSALUD

www.essalud.gob.pe

ESSALUD

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DERECHO A PRESTACIONES SANITARIAS EN ESTANCIAS TEMPORALES EN ESPAÑA

02

**FORMULARIO
WEB N°5**

01

**FORMULARIO
1055**

03

Número de Página

 de **I. DATOS DEL ASEGURADO QUE SE DESPLAZA**

10										
	APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES					
11			12			13	14	15		
	COD.		N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		FECHA DE NACIMIENTO		TA	TELEF	FECHA	INGRESO A LA EMPRESA
DOMICILIO										
16										
	NOMBRE DE VÍA			N°/MANZANA INT./LOTE			URBANIZACIÓN			
17										
	DPTO.	PROV.	DIST.	DEPARTAMENTO			PROVINCIA			DISTRITO

II. DATOS DE LOS DERECHOHABIENTES QUE SE DESPLAZAN

20	COD.	N° DOC. IDENTIDAD	21	APELLIDO PATERNO	22	APELLIDO MATERNO	23	NOMBRES	24	RELACIÓN DE PARENTESCO

III. PERIODO DE DESPLAZAMIENTO

DESDE

 día | mes | año

HASTA

 día | mes | año**IV. DATOS DE LA ENTIDAD EMPLEADORA**

30						31			32	
	CÓDIGO DE LA ENTIDAD EMPLEADORA					NOMBRE O RAZON SOCIAL		TELEFONO		

V. INFORMACIÓN DE DECLARACIÓN Y PAGO

40	PERIODOS LABORADOS O APORTADOS		41	N° DE ORDEN DE FORMATO	42	PERIODOS LABORADOS O APORTADOS		
	MES	AÑO				DIA	MES	AÑO

VI. DECLARACIÓN JURADA DE LA ENTIDAD EMPLEADORA (No aplicable a pensionistas)

Declaro bajo juramento que en el acto de firmar la presente solicitud, el asegurado mantiene vínculo laboral con la empresa. Asimismo declaro que los datos mencionados en la solicitud son verdaderos, sujetándome a la verificación posterior a y a las sanciones a que hubiere lugar.

FIRMA Y SELLO DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA ENTIDAD EMPLEADORA O FUNCIONARIO AUTORIZADO

FECHA

Observaciones :

IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA AUTORIZADA A PRESENTAR LA PRESENTE SOLICITUD	50
<input type="text"/>	
APELLIDOS Y NOMBRES	N° DOC. DE IDENTIDAD
DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA PRESENTE SOLICITUD EXPRESA LA VERDAD	
<input type="text"/>	
FIRMA DEL ASEGURADO O APODERADO	FECHA DE RECEPCIÓN Y SELLO DEL ESSALUD
EL RECUADRO SOMBRADO ES DE UTILIZACIÓN EXCLUSIVA DE ESSALUD	

Instrucciones para llenar el formulario 1055

Este formulario será utilizado para obtener el Certificado que acredita el derecho a prestaciones sanitarias con carácter de urgencia en el país de España y no para los tratamientos de enfermedades diagnosticadas en el Perú.

Entiéndase por prestaciones sanitarias a las atenciones médicas otorgadas en caso de urgencia por enfermedad, maternidad o accidentes a las que tiene derecho un afiliado debidamente acreditado del Seguro Social en Perú o del Instituto Nacional de la Seguridad Social de España.

En el caso que se hayan otorgado las atenciones médicas al asegurado en España y la entidad empleadora haya incumplido con el pago de aportaciones, EsSalud efectuará el cobro luego de recibir la información del Instituto Nacional de Seguridad Social de España referente a las liquidaciones de gastos por prestaciones sanitarias, sin perjuicio de las sanciones y acciones judiciales a que hubiere lugar.

DATOS DEL ENCABEZADO

Casilla 03: Escriba el número de página de la solicitud.

Casilla 21: Consigne el apellido paterno del derechohabiente.

Casilla 22: Consigne el apellido materno del derechohabiente.

I. DATOS DEL ASEGURADO QUE SE DESPLAZA

Casilla 10: Consigne apellidos y nombres del asegurado en el orden y casillas correspondientes.

Casilla 11: Tipo y número de documento de identidad del asegurado. Consigne el código del tipo de documento de acuerdo a la tabla que se presenta a continuación y su número correspondiente.

Tabla 1

Código	Tipo de Documento
01	L.E. Ó D.N.I.
02	Carné de Fuerzas Policiales
03	Carné de Fuerzas Armadas
04	Carné de Extranjería
07	Pasaporte
10	Autogenerado
11	Partida de Nacimiento

Casilla 12: Consigne la fecha de nacimiento del asegurado.

Casilla 13: Tipo de Asegurado(TA) Registre la letra correspondiente a su condición de asegurado, teniendo en cuenta la siguiente tabla:

Tabla 2

Código	Tipo de Asegurado
01	Trabajador dependiente, Socio de cooperativa de Trabajadores, Trabajador del Hogar o Pescador.
24	Pensionista.
25	Asegurado con Derecho de Cobertura por Desempleo.
51	Ama de casa y/o madre de familia.
52	Chofer Profesional Independiente.
53	Facultativo Independiente.
54	Continuación Facultativa.
64	Trabajador Agrario Dependiente.
65	Trabajador Agrario Independiente.

Casilla 14: Consigne el número telefónico de referencia.

Casilla 15: Consigne la fecha de ingreso a la empresa donde labora actualmente, en caso de afiliado regular o agrario dependiente.

DOMICILIO

Casilla 16: Consigne el domicilio actual del asegurado.

Casilla 17: Consigne departamento, provincia y distrito del domicilio actual del asegurado.

II. DATOS DE LOS DERECHOHABIENTES QUE SE DESPLAZAN

Consigne los datos de los derechohabientes de acuerdo a las casillas correspondientes. Se considera como derechohabiente a:

Tabla 3

Tipo de Asegurado	Derechohabiente
Del afiliado regular, agrario dependiente e independiente y asegurado con latencia.	Cónyuge, Concubino (a), hijo (a) menor de 18 años, hijo (a) mayor incapacitado y Gestante
De asegurado de Régimen Especial.	La Cónyuge, el cónyuge incapacitado y el hijo (a) menor de 18 años.

Utilice otro formulario 1055 en caso de tener más derechohabientes.

Casilla 20: Tipo y número de documento de identidad. Consigne el código del tipo de documento y número de acuerdo a la tabla 1.

Casilla 23: Consigne los nombres del derechohabiente.

Casilla 24: Consigne la relación de parentesco, teniendo en cuenta la siguiente tabla:

Tabla 4

Código	Parentesco
1	Hijo menor de edad
2	Hijo mayor de 18 años incapacitado
3	Cónyuge
4	Concubino (a)
5	Gestante

III. PERIODO DE DESPLAZAMIENTO

Consigne el tiempo de estadía en España del asegurado y/o derechohabientes.

IV. DATOS DE LA ENTIDAD EMPLEADORA

Casilla 30: Consigne el N° de RUC de la entidad empleadora.

Casilla 31: Indique el nombre o la razón social de la entidad empleadora.

Casilla 32: Indique el número telefónico de referencia.

V. INFORMACION DE DECLARACION Y PAGO (Afiliado regular, asegurado de régimen especial y asegurado agrario dependiente e independiente)

Casilla 40: Consigne el mes y año de los seis últimos periodos laborales en caso de ser afiliado regular o agrario dependiente o seis últimos periodos aportados en caso de ser asegurado de régimen especial o agrario independiente.

Casilla 41: Consigne el N° de orden del formato de declaración y pago correspondiente a cada periodo indicado en la casilla anterior (no aplicable en caso del agrario independiente). En caso de rectificatoria indicar el N° de orden del formato con el que rectifica o sustituye.

Casilla 42: Según la presentación de declaración y pago efectuado indique el día, mes y año en la casilla correspondiente.

VI. DECLARACION JURADA DE LA ENTIDAD EMPLEADORA (No aplicable a pensionistas).

Leer con atención la declaración en donde la entidad empleadora manifiesta el vínculo laboral que mantiene con el asegurado, luego consigne la firma y sello del Representante Legal de la entidad empleadora o funcionario autorizado y la fecha.

Observaciones : Utilice este rubro para consignar el N° de inscripción en caso de agrario independiente. En caso de ser afiliado a una EPS o entidad empleadora con establecimientos propios indique nombre de la EPS o del establecimiento.