



SOLICITUD DE REEMBOLSO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS

USO ESSALUD

Folios
(en números
y letras)

USO ESSALUD

N° Expediente

I. DATOS DE LA ENTIDAD EMPLEADORA

Nombre o Razón Social		Teléfono	RUC
Dir. : Av. / Jr. / Calle / Block / Carretera / Malecón / Plaza		N°/Km/Mz/Int/Dpto/Lote	Distrito
			Provincia
			Correo electrónico

II. DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

Apellido Paterno			Apellido Materno			Nombres							
Documento de Identidad	Tipo	Número	N° Autogenerado			Teléfono Personal			Tipo de Asegurado				
								Regular <input type="checkbox"/>		Agrario <input type="checkbox"/>			
Permanencia Laboral													
Fecha de Ingreso		Día	Mes	Año	Continúa Laborando		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Fecha de Cese		Día	Mes	Año
Doce últimas remuneraciones inmediatamente anteriores a la contingencia, sin incluir gratificaciones ni bonificación por vacaciones													
Mes	Año	Mes	Año	Mes	Año	Mes	Año	Mes	Año	Mes	Año	Mes	Año
S/.		S/.		S/.		S/.		S/.		S/.		S/.	
Mes	Año	Mes	Año	Mes	Año	Mes	Año	Mes	Año	Mes	Año	Mes	Año
S/.		S/.		S/.		S/.		S/.		S/.		S/.	
Mes	Año	Mes	Año	Mes	Año	Mes	Año	Mes	Año	Mes	Año	Mes	Año
S/.		S/.		S/.		S/.		S/.		S/.		S/.	

III. INFORMACIÓN SOBRE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA

Tipo de Prestación Económica			
Incapacidad Temporal <input type="checkbox"/>	Maternidad 1° Armada <input type="checkbox"/>	Maternidad 2° Armada <input type="checkbox"/>	Banco

IV. CÁLCULO DE LA PRESTACIÓN A REEMBOLSAR A LA ENTIDAD EMPLEADORA

Del	Día	Mes	Año	Días Subsidiados	Subsidio Diario	Importe Total (sin céntimos)
						S/.
Al	Día	Mes	Año	Importe Total en letras		
Calificador				Jefe de Oficina		

V. DECLARACIÓN JURADA DEL ASEGURADO TITULAR

Declaro bajo juramento haber recibido de mi empleador el importe de S/ Son (.....) como pago de prestaciones económicas, por las cuales la entidad empleadora solicita el reembolso. Asimismo, que los datos y la documentación que se adjuntan a la presente son verdaderos, sujetándome a verificación posterior y a las sanciones a que hubiere lugar.

Firma del Asegurado Titular

VI. DECLARACIÓN JURADA DE LA ENTIDAD EMPLEADORA

Declaro bajo juramento que los datos y la documentación que se adjuntan a la presente son verdaderos. Como empleador declaro que el asegurado tuvo vínculo laboral con la empresa en el momento de la contingencia y en el período subsidiado; en caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional, éstos no se produjeron por nuestra negligencia, sujetándome a verificación posterior y a las sanciones a que hubiere lugar.

Firma y Sello del Representante Legal de la entidad empleadora

Firma y Sello de Recepción

NO SE ACEPTAN BORRONES NI ENMENDADURAS

ESSALUD

VII. DOCUMENTOS QUE ACREDITEN LOS DÍAS DE INCAPACIDAD DEL ASEGURADO

Se adjunta a la presente solicitud los Certificados Médicos Particulares - CMP o Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo - CITT de acuerdo a lo siguiente según corresponda :

En la primera presentación :

1. CMP o CITT por los primeros 20 días de incapacidad a cargo de la entidad empleadora de conformidad con el artículo 12° de la Ley N° 26790.
2. CITT a partir del vigésimo primer día de incapacidad.

En la segunda presentación y siguientes :

1. CITT por los días de incapacidad.

N° Certificado	N° días	Del	Día	Mes	Año	Al	Día	Mes	Año
		Del				Al			
		Del				Al			
		Del				Al			
		Del				Al			
		Del				Al			
		Del				Al			
		Del				Al			
		Del				Al			
		Del				Al			
		Del				Al			
		Del				Al			
		Del				Al			

Total de días

REQUISITOS QUE ACOMPAÑAN A LA SOLICITUD (Marcar con un aspa (X) los documentos que se adjuntan)

N°	REQUISITOS	INC. TEMP.	MAT.
1	Originales de los Certificados Médicos Particulares o CITT que sustenten la incapacidad por los primeros veinte días.	()	
2	Originales de los CITT's expedidos por ESSALUD, por el exceso de los veinte días. En caso de Certificados Médicos Particulares deberán canjearlos por CITT.	()	
3	Original del CITT expedido por ESSALUD. En caso de Certificado Médico Particular deberá canjearlo por CITT.		()
4	Declaración Jurada firmada y sellada por el representante legal de la entidad empleadora que certifique la afiliación o no afiliación al SCTR (Opcional)	()	
5	Original de la partida de defunción del asegurado subsidiado fallecido (Opcional).	()	()
6	Copia del Aviso de Accidente de Trabajo, para el caso que esté afiliado al SCTR (Opcional)	()	
7	Carta de presentación de la entidad empleadora firmada por el representante legal, autorizando a un tercero a tramitar la solicitud (Opcional)	()	()
8	Documentos sustentatorios que acrediten que el empleador cumplió con pagar el subsidio al asegurado fallecido, familiar directo o persona autorizada por el mismo (Opcional)	()	()
9	Copia del Parte de Zarpe y Parte de Arribo suscritos por la Capitanía de Puerto, de la nave donde se produjo el accidente y en la fecha de producida la ocurrencia (Ley N° 28320).	()	
10	Constancia de Protesta Informativa emitida por la Capitanía de Puerto que conste la ocurrencia producida tanto para naves de alta mar, como en puerto y/o fondeaderos (Ley N° 28320).	()	
11	Copia de los Partes de Arribo que consigne la fecha de zarpe de la nave incurso, por las faenas de pesca posteriores en que ocurrió el accidente, por las cuales se solicita el reembolso del subsidio (Ley N° 28320).	()	
12	Copias de las boletas de pago y/o contrato de trabajo, firmadas por el trabajador y el representante legal o funcionario interesado de la entidad empleadora (Ley N° 28320).	()	

OBSERVACIONES (USO ESSALUD)

FECHA DE PROGRAMACIÓN DE PAGO



SOLICITUD DE REEMBOLSO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS

USO ESSALUD

Folios
(en números
y letras)

USO ESSALUD

N° Expediente

I. DATOS DE LA ENTIDAD EMPLEADORA

Nombre o Razón Social		Teléfono	RUC
			Correo electrónico
Dir. : Av. / Jr. / Calle / Block / Carretera / Malecón / Plaza		N°/Km/Mz/Int/Dpto/Lote	Distrito
			Provincia

II. DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres	
Documento de Identidad	Tipo	Número	N° Autogenerado	Teléfono Personal	Tipo de Asegurado Regular <input type="checkbox"/> Agrario <input type="checkbox"/>
Permanencia Laboral					
Fecha de Ingreso	Día	Mes	Año	Continúa Laborando SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fecha de Cese
					Día
					Mes
					Año
Doce últimas remuneraciones inmediatamente anteriores a la contingencia, sin incluir gratificaciones ni bonificación por vacaciones					
Mes	Año	Mes	Año	Mes	Año
S/.		S/.		S/.	
Mes	Año	Mes	Año	Mes	Año
S/.		S/.		S/.	
Mes	Año	Mes	Año	Mes	Año
S/.		S/.		S/.	

III. INFORMACIÓN SOBRE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA

Tipo de Prestación Económica			Banco
Incapacidad Temporal <input type="checkbox"/>	Maternidad 1° Armada <input type="checkbox"/>	Maternidad 2° Armada <input type="checkbox"/>	

IV. CÁLCULO DE LA PRESTACIÓN A REEMBOLSAR A LA ENTIDAD EMPLEADORA

Del	Día	Mes	Año	Días Subsidiados	Subsidio Diario	Importe Total (sin céntimos)
						S/.
Al	Día	Mes	Año	Importe Total en letras		
Calificador				Jefe de Oficina		

V. DECLARACIÓN JURADA DEL ASEGURADO TITULAR

Declaro bajo juramento haber recibido de mi empleador el importe de S/ Son (.....) como pago de prestaciones económicas, por las cuales la entidad empleadora solicita el reembolso. Asimismo, que los datos y la documentación que se adjuntan a la presente son verdaderos, sujetándome a verificación posterior y a las sanciones a que hubiere lugar.

Firma del Asegurado Titular

VI. DECLARACIÓN JURADA DE LA ENTIDAD EMPLEADORA

Declaro bajo juramento que los datos y la documentación que se adjuntan a la presente son verdaderos. Como empleador declaro que el asegurado tuvo vínculo laboral con la empresa en el momento de la contingencia y en el período subsidiado; en caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional, éstos no se produjeron por nuestra negligencia, sujetándome a verificación posterior y a las sanciones a que hubiere lugar.

Firma y Sello del Representante Legal de la entidad empleadora

Firma y Sello de Recepción

NO SE ACEPTAN BORRONES NI ENMENDADURAS

USUARIO

