



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



SOLICITUD DE REEMBOLSO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS

USO ESSALUD

USO ESSALUD

N° Expediente

Folios
(en números
y letras)

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

